Nr. 21. 27. maja 1923 Rok II.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Doc. W. ŁAPIŃSKI. Warszawa.

Rozwój, zakres i zadania współczesnej chirurgji ortopedycznej.*)

Panie, Panowie! Ortopedja — w najogólniejszem tego słowa pojęciu — zajmuje się rozpoznawaniem różnorodnych zboczeń ustroju ludzkiego od prawidłowego ich kształtu, dalej zapobieganiem ich powstawaniu, wreszcie ich leczeniem.

Aczkolwiek ta gałęź nauk lekarskich sięga swemi poszczególnemi działami czasów najdawniejszych, to jednak dopiero około połowy wieku XVIII wyłączono ją z całości medycyny jako jednostkę odrębną: Andry użył po raz pierwszy wyrazu »Ortopedja« w dziele ogłoszonem w roku 1741 pt.: »Ortopedja czyli sztuka zapobiegania i naprawiania zboczeń ciała u dzieci«. Nazwa pochodzi od wyrazów greckich *ὀρϑός* prosty i *παῖς, παιδίον* dziecko. »Ułożyłem z tych dwóch wyrazów — pisze Andry — wyraz ortopedja, aby jednem słowem określić zadanie, jakie zamierzyłem, a jest niem nauczanie rozmaitych sposobów zapobiegania i leczenia zboczeń ciała u dzieci«.

W najdawniejszych źródłach historycznych (Indje, Egipt) znajdujemy pewne dane, dotyczące zboczeń ciała u dzieci, oraz stosowania miesienia. Gdy wiedza lekarska starożytnego Egiptu zaczęła promieniować na półwyspie greckim, w zakres genjalnej twórczości Hipokratesa weszły badania i dokładne opisy zboczeń i spraw zapalnych kręgosłupa, stopy szpotawej, zwichnień wrodzonych w stawach biodrowych itd., pod względem zaś wykonawstwa leczniczego znajdujemy próby stopniowego prostowania stopy szpotawej, forsownego prostowania garbów.

Po Hipokratesie niema bodaj w historji medycyny głośnych nazwisk, któreby przeszły bez śladu w omawianej tutaj dziedzinie lecznictwa. Oto np. w drugim wieku po Chrystusie słynny Galen opisuje ropnie w kręgach szyjnych, leczy skrzywienia boczne kręgosłupa ćwiczeniami oddechowemi i śpiewem, wreszcie wprowadza do dziś dnia powszechnie używane terminy *kyphosis, lordosis, scoliosis*, dla określenia typów skrzywień kręgosłupa. W tymże wieku Soranus przygania Rzymiankom za zbyt wczesne pozwalanie małym dzieciom siadania i chodzenia i stwierdza częstość krzywicy kończyn u dzieci. W wiekach średnich należy się wzmianka arabowi Albucasem'owi (około 110) za nader dokładne opisy spraw zapalnych stawu biodrowego i kręgosłupa (*Coxarthrocace, Spondylarthrocace*).

Z tradycji Hipokratesa wszedł na tory nowe głośny i zasłużony w nauce lekarz francuski XVI w. Ambrois Paré, bardzo czynny chirurg armji francuskiej, autor cennych prac z dziedziny chirurgji, a między innemi o leczeniu stopy szpotawej przyrządami, o leczeniu bocznych skrzywień kręgosłupa gorsetami ze stali i skóry.

Po wspomnianym na wstępie Andrym — twórcy terminu ortopedja — widzimy dość szybki rozwój tej nowej gałęzi lecznictwa, a jako jeden z wydatnych i charakterystycznych przejawów ortopedji należy wskazać rzuconą w końcu XVIII wieku ideę tworzenia zakładów specjalnych dla chorych, potrzebujących leczenia ortopedycznego; pierwszy zakład ortopedyczny został założony w roku 1780 w Szwajcarji w miasteczku Orbe w kantonie Vaud przez lekarza Venel'a, wychowańca wydziału lekarskiego w Montpellier.

Koniec XVIII i początek XIX w. stanowią zwrot w rozwoju ortopedji o tyle, że z dziedziny wykonawstwa praktycznego wchodzi ona na drogę badania naukowego przyczyn i istoty zboczeń. Dość przytoczyć usiłowania Scarpy leczenia stopy końsko-szpotawej, oparte na własnych ścisłych badaniach anatomicznych i fizjologicznych, kapitalne prace Paletty i Dupuytrena nad chromaniem w przypadkach wrodzonych zwichnień w stawach biodrowych.

W lecznictwie ujawniają się wyraźnie dwa kierunki, które z początku idą samodzielnie i odrębnie, potem stają ze sobą w wyraźnej sprzeczności, często w walce, by wreszcie w harmonijną połączyć się całość. Mam na myśli kierunek mechano-terapeutyczny i kierunek czysto chirurgiczny. Pierwszy dążył do leczenia zboczeń ciała wyłącznie za pomocą licznych, często pomysłowych, przyrządów prostujących oraz za pomocą gimnastyki, którą na nowych zasadach oparł Szwed Ling (1813), gorąco poparty we Francji przez Lachaise'a (1827). I w tym obozie mechanoterapeutów wrzało w tym czasie od gorących sporów pomiędzy zwolennikami wyłącznie biernego prostowania zboczeń i wspomnianymi wyżej fanatykami leczenia tylko ćwiczeniami gimnastycznemi, inaczej zwolennikami leczenia dynamicznego. Oba sprzeczne obozy kierunku mechanoterapeutycznego pogodził Delpech (1820), słynny chirurg z Montpellier, który wykazał wpływ doproczynny pozornie sprzecznych czynników leczniczych w łącznem ich działaniu i ponadto stworzył w Montpellier (1829) największy na owe czasy zakład ortopedyczny. Kierunek mechano-terapeutyczny osiągnął szczyt swego rozgłosu po roku 1830, gdy paryska Akademja Nauk ogłosiła konkurs na jedną z nagród Montyon'a na temat leczenia zboczeń gimnastyką i aparatami mechanicznemi; w kilka lat później — po trzech nieudanych konkursach (1832, 1834, 1836) — dwie pierwsze nagrody konkursowe otrzymali głośni chirurdzy Guérin i Bouvier.

Wspomniany wyżej Delpech ma jeszcze inne nieró wnie większe zasługi w naszej nauce; jest on właściwie założycielem i pionierem kierunku operacyjnego leczenia zboczeń. W roku 1816 wykonał on po raz pierwszy podskórne przecięcie (*tenotomia*) ścięgna Achillesa. Dupuytren w kilka lat później (1822) pierwszy dokonał podskórnego przecięcia mięśnia *(myotomia)*, a mianowicie mięśnia mostko-obojczykowo-sutkowego w przypadku krzywej szyji *(torticollis)*. Operacja wykonana przez Delpecha nie dała wyniku wobec zropienia rany; dopiero w 15 lat później sprawą podskórnego przecinania ścięgien zajął się gorliwie Stromeyer (1831) i Niemcy niesłusznie przypisują pierwszeństwo swemu rodakowi. Z całą tedy słusznością pisze Rochard w swej Historji francuskiej XIX w., że obie wspomniane wyżej operacje, zrodzone we Francji, nie znalazły jednak narazie naśladowców; trzeba było, by, po naturalizowaniu się w Niemczech, po latach, jako nowość wróciły z powrotem do Francji.

Drobny ten i codzienny dzisiaj zabieg, jak podskórne przecięcie ścięgna, był jednak na owe czasy czynnikiem wprost przełomowym i zwrotnym i stał się podstawą rozwoju ortopedji operacyjnej.

Zapoczątkowany pomyślnie kierunek operacyjny szybko rozszerzał zakres swego zadania przedewszystkiem na układzie kostnym: już w roku 1826 amerykański chirurg Rhea barton dokonywa pierwszego przedłutowania kości w przypadku zesztywnienia stawu (*ankylosis)*, w roku 1837 Bouvier w tym samym celu wykonał łamanie umyślne (*brisement forcé)*, Oesterlen zaś (1827) zapoczątkował metodę łamania kości (*osteoclasis*) w przypadkach wadliwego ich zrostu. Następne dziesiątki lat w. XIX przynoszą nowe zdobycze w dziedzinie ortopedycznej chirurgji kostnej; dość wspomnieć o wycięciach klinowych (*ostectomia cuneiformis*), wycięcia podokostne stawów (podstawowe prace chirurgów szkoły lyońskiej, jak Ollier, Bouvier).

Z nastaniem ery przeciwgnilnej od czasów Listera (1870) leczenie operacyjne wkracza na niedostępne dawniej

*) Wykład wstępny wygłoszony dnia 2 grudnia 1922 r. w I. Klinice Chirurgicznej w Szpitalu Dz. Jezus.

pola działania, stwarza nowe metody operacyjne, pozwala na realizowanie nowych oryginalnych pomysłów operacyjnych i tym sposobem tworzy nowy okres współczesnej ortopedji, a właściwie, według przyjętego dzisiaj powszechnie terminu, chirurgji ortopedycznej. Ostatnie dziesięciolecie w. XIX i dobiegające końca ćwierćwiecze wieku bieżącego — to właśnie okres ostatecznego wyodrębnienia się ortopedji, jako oddzielnej gałęzi chirurgji.

Przytoczone przezemnie na wstępie określenie ogólne ortopedji, oparte raczej na znaczeniu etymologicznem wyrazu w rozumieniu jego twórcy Andry'ego, w dzisiejszym stanie rozrostu medycyny praktycznej nie jest właściwe: jest ono za obszerne i wymaga bardziej ścisłego określenia i sprecyzowania.

Jeśliby bowiem przyjąć określenie ortopedji, jako nauki o rozpoznawaniu i leczeniu zboczeń ustroju ludzkiego od postaci prawidłowej, to należałoby zaliczyć tutaj wszelkie nieprawidłowości postaci zewnętrznej, a więc zniekształcające nowotwory, wszelkie zniekształcenia układu kostnego, a więc złamania i zwichnienia, dalej takie wady rozwojowe, jak warga zajęcza i jeszcze dalej torbiele jamy brzusznej itp. Słusznie więc autorzy współcześni zwężają zakres ortopedji do badania i leczenia zmian kształtu i położenia poszczególnych części układu kostnego. I tu jednak należy podkreślić, że z pośród zboczeń układu kostnego nie wszystkie podlegają leczeniu ortopedycznemu: należy bowiem wyłączyć np. zboczenia przegrody nosa, rozszczep wyrostka zębodołowego i podniebienia twardego (wilcza paszcza). Najbardziej odpowiada rzeczywistości określenie chirurgji ortopedycznej, podane przed 30 z górą laty przez Kirmissona, który to autor określa ortopedję, jako naukę, zajmującą się badaniem i leczeniem zboczeń narządu ruchu.

Wielki dział zboczeń narządów ruchu należy ze względu na etjologję podzielić na dwie grupy: na zboczenia pochodzenia wrodzonego i na zboczenia nabyte później.

Od dawna starano się etjologję zboczeń i zniekształceń — niezależnie od ich pochodzenia nabytego czy wrodzonego — ująć w jednę całość, wykryć stałe prawa, dotyczące ich powstawania. W połowie wieku ubiegłego Hueter i Volkmann, wychodząc z założenia, że każdy staw znajduje się pod działaniem dwóch sił, to jest siły ucisku *(Druck)* i siły pociągania przez aparat więzadłowy (*Zugkraft*), upatrują przyczynę powstawania zniekształceń w nierównomiernem działaniu tych sił na poszczególne odcinki stawów i w zależnem od tego niejednakowem rozrastaniu się końców stawowych. A więc po stronie wzmożonego ciśnienia względnie pociągania ma następować zatrzymanie lub zanik tkanek, po stronie zaś zmniejszonego ciśnienia względnie pociągania bujniejszy rozrost tkanek.

Tej teorji uciskowej J. Wolff przeciwstawił swoje prawo przeobrażania się wewnętrznej budowy kości wskutek zmiany patologicznej ich kształtu zewnętrznego (*Transformationsgesetz*). Wolff oparł swe prawo na spostrzeżeniach matematyka Culmanna, który, badając preparat kości udowej przedstawionej mu przez anatoma Hermanna v. Meyera, stwierdził, że przebieg, układ i kierunek beleczek kostnych istoty gąbczastej górnego odcinka kości udowej odpowiada ściśle przebiegowi i układowi prętów i wiązań w podporach żelaznych, używanych w technice. Technik, budując podporę żelazną, nie używa jednego bloku żelaznego, lecz rozkłada poszczególne wiązania stosownie do wymagań sił obciążenia i pociągania; technik naśladuje w tym względzie cudowny układ sieci beleczek w układzie kostnym. Wolff zatem, mając na uwadze spostrzeżenia Culmanna, oraz wychodząc z założenia biologicznego, że czynność jest istotną przyczyną, określającą kształt, innemi słowy, że budowa i postać danego narządu są niejako ucieleśnionym wyrazem funkcji czyto fizjologicznej czyto patologicznej, uważa zboczenia narządów ruchu za konieczne i najodpowiedniejsze dopasowanie kształtu kości wraz z jej budową wewnętrzną do zmienionych patologicznie warunków statycznych.

W myśl takiego poglądu skolioza jestto dostosowanie się do skrzywionej postawy kręgosłupa, stopa szpotawa — dopasowanie się układu kostnego do ustawienia stopy w położeniu przywiedzenia i odwrócenia, kolano koślawe (*genu valgum*) dostosowanie się do ustawienia goleni w kierunku odwiedzenia i t. d. Stąd wynika wniosek praktyczny, a mianowicie, że w celach leczniczych należy zniekształconym lub znajdującym się w ustawieniu wadliwem narządom stworzyć nowe pożądane warunki statyczne, które już przeobrażą później tak kształt zewnętrzny, jak i wewnętrzną budowę kości.

Dowód kliniczny, przemawiający za powyższym poglądem, znajdujemy np. w przypadkach krzywej szyji (*torticollis*): w cierpieniu tem znajdujemy zawsze mniejsze lub większe zaniki jednej połowy twarzy i głowy, zależne od przeważającej siły pociągania po stronie skrzywienia. Po usunięciu przyczyny cierpienia, tj. po przecięciu lub wycięciu mięśnia mostko-obojczykowo-sutkowego, a więc po przywróceniu prawidłowych warunków statycznych, zanik połowy twarzy i głowy stopniowo ustępuje i wreszcie wraca symetrja twarzy i głowy.

Badania nad budową skrzywionych kości i stawów nie potwierdzają teorji uciskowej Hueter-Volkmann'a; teorja zaś J. Wolff'a, pomimo szeregu dowodów rzeczowych (zdjęcia radjograficzne, przekroje kostne, t. zw. Fournierblätter) jest jeszcze przedmiotem ożywionych naukowych sporów.

Przechodząc z dziedziny teorji na pole działania praktycznego, a więc do zadań klinicznych, rozpatrzymy kolejno wspomniane wyżej grupy zniekształceń wrodzonych i nabytych.

Na zboczenia wrodzone patrzano dawniej jako na dopust Boży, jako na dziwolągi, którym zaradzić nie podobna. Dopiero w początkach ubiegłego wieku zaczęto je badać naukowo. Zboczenia wrodzone narządów ruchu można podzielić pod względem etjologicznym na dwie grupy: do pierwszej należy zaliczyć zniekształcenia, których powstanie sięga wczesnych okresów życia płodowego wskutek wadliwego rozwoju zarodkowego, a więc np. brak poszczególnych narządów lub ich części, brak niektórych kości i t. d. Do grupy drugiej zaliczamy zniekształcenia, które powstają w późniejszych okresach życia płodowego, nie jako pierwotna wada rozwojowa zarodka, lecz zależą od przyczyn przypadkowych, jako to: zrosty zarodka z błonami płodowemi, wadliwe położenie płodu, wreszcie zmiany patologiczne, urazowe (złamania wewnątrzmaciczne) itd.

Różnorodne przyczyny zboczeń nabytych dają się sprowadzić do dwóch kategoryj: do urazu i do spraw chorobowych. Zatrzymam się na niektórych działach patologji narządów ruchu, jako na przykładach postępu i rozwoju naszej nauki przedewszystkiem w dziedzinie czysto chirurgicznej.

Rozległy dział gruźlicy chirurgicznej przyniósł najwięcej pomysłów i usiłowań w jednej z jej najcięższych pod względem umiejscowienia postaci klinicznych, a mianowicie w kręgosłupie. Gruźlicę, jak wiadomo, leczymy, zwłaszcza u dzieci, sposobem zachowawczym, staramy się bezwzględnie unikać otworzenia się ogniska gruźliczego. Ten kierunek zachowawczy nie oznacza bynajmniej biernej abstynencji; przeciwnie, chirurgja współczesna stara się po opróżnieniu przez nakłucie ognisk wysiękowych działać na nie czynnie za pomocą odpowiednich płynów, a jednocześnie utrzymywać dany narząd w stanie możliwego spokoju, za pomocą takiego czy innego środka unieruchomiającego i odciążającego.

W leczeniu gruźlicy kręgosłupa właśnie to czynne zachowawcze leczenie znajduje pełne zastosowanie. Za wielką zasługę Lorenz'a należy uznać podany przez niego niesłychanie prosty, celowy i dla wszystkich dostępny sposób robienia łóżeczka gipsowego. Rozgłośna przed 20 z górą lat śmiała metoda Calot'a prostowania garbów gruźliczych, czyto za pomocą wyciągu i bezpośredniego ucisku, czy też za pomocą zabiegu krwawego zdala od ogniska chorobowego (oddzielanie dłutem zrośniętych łuków kręgowych), aczkolwiek rychło została zaniechana w swej postaci pierwotnej, to jednak pozostawiła po sobie dorobek cenny w postaci t.

zw. wielkiego gipsowego opatrunku Calot'a wraz ze stosowaniem umiarkowanego stopniowo wzmaganego ucisku na okolicę garbu. Ostatnie dziesięciolecie wreszcie przyniosło nam oryginalny i w całej pełni odpowiadający wskazaniom zachowawczego leczenia gruźlicy kostno-stawowej, a jednak czysto chirurgiczny, zabieg Albee'go. Operacja ta, polegająca na wszczepianiu w rozpołowione wyrostki kolczyste łuków kręgowych (a więc zdala od ogniska gruźliczego) listwy, wydłutowanej z kości piszczelowej, wzmacnia go i skraca okres leczenia.

Leczenie bocznych skrzywień kręgosłupa (*scoliosis*), poza leczeniem gimnastycznem i poza odnośnem zapobieganiem w wieku szkolnym młodzieży, wkroczyło w ostatnich czasach na tory energicznego prostowania zboczeń z zakładaniem opatrunku gipsowego. Należy zanotować metodę Calot'a forsownego wyciągu w zawieszeniu pionowem, metodę Schanz'a stosowania wyciągu w zawieszeniu pionowem wreszcie przewyższającą wydatnie oba te sposoby i dobrze uzasadnioną pod względem anatomiczno-fizjologicznym metodę amerykanina Abbotta, zakładania opatrunku gipsowego w najbardziej podatnem położeniu wygięcia kręgosłupa ku tyłowi (*kyphosis*).

Lata ostatnie przyniosły nowe operacyjne zabiegi leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa: dotyczą one tak układu kostnego, jak i układu mięśniowego. Na układzie kostnym podjęto ponownie operację podokostnego wycinania żeber po stronie zniekształconej klatki piersiowej. Co się tyczy układu mięśniowego, to zwrócono uwagę na duże znaczenie w powstawaniu bocznych skrzywień kręgosłupa mięśnia lędźwiowo-udowego (m. psoas) i mięśni brzusznych, a przedewszystkiem mięśnia skośnego zewnętrznego (m. obliquus ext.); przecięcie tych mięśni, a więc ich wydłużenie i, co za tem idzie, zmiana warunków statycznych w pewnych ściśle określonych przypadkach prowadzą do pożądanego wyniku.

Szczególną uwagę należy zwrócić na wielki i bardzo ważny dział chirurgji ortopedycznej, a mianowicie na zwichnienia wrodzone w stawach biodrowych (*luxatio coxae congenita*). Prace z zakresu patogenezy i anatomji patologicznej pozwoliły na podjęcie nowych i skutecznych metod leczenia ułomności. Zapoczątkowana przez Paci'ego i dokładnie opracowana przez Lorenz'a i wciąż doskonalona metoda bezkrwawego odprowadzania zwichnień daje 75% wyzdrowień. Wobec zaś przypadków braku panewki mamy do rozporządzenia opracowaną przez Hoffę metodę odprowadzania krwawego, którą doświadczenie i praca uczniów Hoff'y znacznie posunęły naprzód.

Zrosty kostne i zesztywnienia w stawach, zwłaszcza w położeniu wadliwem, jako następstwa spraw zakaźnych, stały się w latach ostatnich przedmiotem usiłowań w kierunku przywracania w ruchu stawach, a doświadczenie wielkiej wojny wobec wielkiej liczby kalek tej kategorji doprowadziły odnośne metody do znacznego stopnia doskonałości (wszczepianie płatów powięziowych, tłuszczowych).

Dwa wielkie działy zboczeń i upośledzenia narządów ruchu na tle porażeń, tak spastycznych (pochodzenia mózgowego) jak i wiotkich (pochodzenia rdzeniowego), stały się w ostatniem ćwierćwieczu przedmiotem usiłowań leczenia operacyjnego.

W leczeniu porażeń spastycznych, ściślej choroby Littl'a'é, polegającej na zachwianiu równowagi pomiędzy unerwieniem mózgowem i rdzeniowem z przewagą tego ostatniego, należy podnieść — oprócz dawniejszych operacyj na ścięgnach — dwa nowe pomysły, dwie nowe metody, które, wychodząc z odmiennych założeń teoretycznych, dążą do osłabienia i do poskromienia wybujałej czynności neuronu obwodowego. Chirurg z Mannheimu Stoffel przez wycięcie gałązek ruchowych mięśni osłabia czynność neuronu obwodowego w jego łuku ruchowym, wrocławski zaś neurolog Foerster osłabia czynność tegoż neuronu w jego łuku czuciowym przez przecięcie gałązek czuciowych w tylnych korzeniach rdzenia.

W leczeniu zboczeń na tle porażeń wiotkich dużym postępem była po dziś dzień stosowana metoda Alberta sztucznego zesztywnienia, inaczej leczniczego znoszenia, stawów (*arthrodesis*) i stwarzania tym sposobem mocnego oparcia dla wiotkiej i chwiejnej kończynie. Wszakże nierównie większą wziętość zyskała metoda, dążąca do przywrócenia możliwie normalnych warunków czynnościowych, mianowicie t. zw. przeszczepianie ścięgien (*transplantatio tendinum*). Pierwsze typowe operacje przeszczepiania ścięgien wykonali Tillaux (1869), oraz Duplay (1876) w przypadkach uszkodzenia ścięgien; w roku zaś 1881 Nikoladoni, prof. chirurgji w Grazu, wykonał pierwszą operację przeszczepiania ścięgien w przypadkach porażeń dziecięcych i otrzymał poprawę doraźną, która się jednak nie utrzymała na stałe. Słaby wynik operacji Nikoladoniego nie podziałał zachęcająco i dopiero w kilkanaście lat później zjawiły się prace Milliken'a (1895) oraz naszego rodaka, dzielnego chirurga z Poznania, Drobnika, który w szeregu prac, ogłoszonych w latach 1892—1895 i opartych na obfitym materjale klinicznym, pchnął wydatnie naprzód sprawę przeszczepiania ścięgien. Współczesny nam wielce zasłużony na tem polu prof. Lange z Monachjum, w opracowanym przez siebie rozdziale dużego zbiorowego podręcznika chirurgji ortopedycznej, pisze o zasługach wyżej wymienionych dwóch lekarzy w sposób następujący: »Obaj autorzy, gdy ogłaszali pierwsze swe prace, nic nie wiedzieli o doniesieniu Nikoladoniego. Powzięli oni samodzielnie myśl przeszczepiania ścięgien i stali się dzięki swemu doświadczeniu gorącymi pionierami operacji. Szczególnie wysoko należy podnieść zasługę Drobnika, który, jako zwykły praktykujący lekarz w Poznaniu i pozostawiony całkowicie sam sobie, nie powstrzymał się jednak od pracy naukowej, pomimo wielkich przeszkód, jakie stwarza praktyka ogólna, i gorliwie pracował nad udoskonaleniem nowej operacji. Odróżnia on dokładnie przeszczepianie całkowite ścięgna od przeszczepiania częściowego i pierwszy wykonał w przypadku porażenia przyszycie ścięgna do okostnej, aczkolwiek bez pożądanego wyniku«. W dalszym ciągu swej pracy mówi Lange, że do podjęcia dalszych prób w tym kierunku — jak wiadomo bardzo owocnych — zachęciły go przedewszystkiem prace Drobnika. Przytoczone wyżej *in extenso* słowa Langego pisane były w roku 1907, w wydanym zaś pod redakcją tegoż Langego innym zbiorowym podręczniku chirurgji ortopedycznej w r. 1914 w pracy Biesalskiego, bardzo czynnego chirurga berlińskiego, o leczeniu porażeń dziecięcych, znajdujemy wzmiankę o przewrocie, jaki wniósł »wspaniały pomysł« Nikoladoniego, a ani słówka niema o pracach Drobnika; Biesalski od Nikoladoniego przeskakuje odrazu do prac Langego, Vulpiusa,...

Powtórzyła się zatem i tutaj wspomniana wyżej historja tenotomji, acz z dość charakterystyczną odmianą. Pierwsza nieudana operacja przecięcia ścięgna wykonana przez Delpech'a poszła w niepamięć, a Stromeyer został »ojcem« tenotomji, jako ten, który ją później dokładnie opracował. Natomiast »ojcem« operacji przeszczepiania ścięgien pozostał Nikoladoni, twórca pierwszej nieudanej operacji, zato na zupełną niepamięć zostaje skazany Drobnik, który — jak słyszeliście Panowie przed chwilą — nie wiedząc nawet o zabiegu Nikoladoniego, pierwszy metodę opracował i stosował ją z powodzeniem. Oto przykład — jak dowolnie można zestawiać i narzucać potomności fakty historyczne!

Przytoczone dopieroco jako przykłady poszczególne działy chirurgji ortopedycznej, w których wydatniej zaznaczyły się postępy lecznicze, świadczą o rozwoju wielostronnym i stanowisku obecnem tej gałęzi chirurgji. Chcę tu jeszcze podkreślić znaczenie opatrunków gipsowych, wydatny rozwój ich techniki w czasach ostatnich.

Wszakże należy mieć na uwadze, że jeśli, rozwój ortopedji postąpił znakomicie wraz z rozwojem chirurgji, to jednak współczesnego swego stanowiska ortopedja nie zawdzięcza wyłącznie tej ostatniej. Znaczna część operacyj, podejmowanych w celach ortopedycznych, nie leczy bezpośrednio i ostatecznie danego zboczenia, lecz jest poniekąd wstępnym aktem przygotowawczym, umożliwiającym leczenie następcze, jak to ma miejsce np. w przypadkach porażeń spastycznych,

operacyjnego uruchomienia stawów itd. Na pomoc chirurgji podąża tu mechanoterapja, rozporządzająca czynnikami leczniczemi, jako to mięsienie i gimnastyka Oba wspomniane działy mechanoterapji, pozbawione całego balastu, jaki się nagromadził z biegiem czasu tak wskutek braku krytycyzmu i ślepego naśladownictwa, jak i, co gorsza, wskutek stosowania zabiegów leczniczych przez osoby niepowołane, opierają się dzisiaj na podstawach naukowych, badaniach doświadczalnych i klinicznych. (Dok. nast.)

Doc. Dr. January ZUBRZYCKI. Kraków.

O leczeniu drgawek porodowych w ciąży i podczas porodu.*)

Z kliniki położniczo-ginekologicznej U. J. w Krakowie. (Dyrektor Prof. Dr. A. Rosner).

Wartość danego sposobu leczniczego, stosowanego przy pewnem schorzeniu, ocenić możemy właściwie tylko na podstawie liczbowych zestawień, wyleczonych przypadków, względnie na podstawie cyfr wykazujących procentowo jego dobre lub złe wyniki. Także drgawki porodowe nie mogą stanowić pod tym względem wyjątku.

Dlatego też, rozpatrując wyniki różnych sposobów leczenia drgawek porodowych, postanowiłem w ocenianiu ich dobroci oprzeć się nie na czem innem, jak na statystycznych danych, przy których opracowaniu kierowałem się tem, czy w danym przypadku nastąpiło zupełne wyleczenie, czy też śmierć chorej. To bowiem tylko stanowisko uważam za jedynie słuszne, w przeciwstawieniu do zapatrywań niektórych autorów, którzy sądzą, że przy rozstrzyganiu zajmującego nas pytania oprzeć się należy na tem, czy drgawki w toku leczenia ustąpiły, czy nie. Nie ulega już bowiem żadnej wątpliwości, że ilość napadów drgawek nie zawsze powstaje w stosunku do ciężkości samego cierpienia i że, co dla nas w danej chwili ważniejsze, przypadki zejść śmiertelnych z przyczyny eklampsji w ścisłem tego słowa znaczeniu, nawet w jakiś czas po zupełnem ustaniu ataków drgawek, nie należą do rzadkości. Poucza nas o tem spostrzeganie kliniczne oraz anatomja patologiczna, a słuszności powyższego twierdzenia dowodzi odnośne piśmiennictwo. Seitz np. podaje, że na 123 przypadków, w których po rozwiązaniu ustały zupełnie ataki drgawek, w 21% nastąpiło zejście śmiertelne, a na 69 przypadków, w których po rozwiązaniu wystąpił jeden lub najwyżej dwa jeszcze napady, 15% zakończyło się śmiercią chorej. Tak samo Lichtenstein oblicza odsetkę śmiertelności w tych przypadkach, gdzie drgawki w toku leczenia ustały, na 12·51%. Nie są to więc, jak z powyższego widać, tak małe cyfry, aby ich było można w statystyce nie uwzględnić i pominąć. I z tych to przyczyn właśnie, idąc za przykładem Wintera, uważam tylko liczbę, wyrażającą procent śmiertelności, jako jedyny racjonalny i ścisły wskaźnik w ocenianiu dobroci danego sposobu leczenia.

Liczby, które dzisiaj tutaj panom przytoczę, zestawione są częściowo na podstawie materjału kliniki położniczo-ginekologicznej U. J. w Krakowie, częściowo zaś na podstawie prac klinicznych różnych autorów, którzy zajmowali się sprawą leczenia drgawek porodowych. Nadmienię dalej, że w dzisiejszym wykładzie chcę zająć się tylko leczeniem drgawek, które wystąpiły w czasie ciąży i podczas porodu, pozostawiając omówienie sprawy drgawek występujących w połogu do innej sposobności. Rozpocznę od zastanowienia się nad wynikami uzyskanemi przy pomocy t. zw. „leczenia radykalnego". Do leczonych tym sposobem zaliczam wszystkie te przypadki, w których poza rozwiązaniem nie posługiwano się żadnemi innemi środkami leczniczemi, w których wykonywane ewentualnie zabiegi położnicze stosowano jedynie tylko ze wskazania drgawek porodowych. Nie możemy przejść do rozpatrywania wyników radykalnego leczenia nie uwzględniwszy poprzednio wytworzonych przez nie i zasadnicze znaczenie dla sprawy leczenia drgawek porodowych posiadających dwóch pojęć: t. zw. rozwiązania we wczesnym okresie choroby i rozwiązania doraźnego rodzącej. Pod nazwą pierwszą t. zn. rozwiązania rodzącej we wczesnym okresie choroby, rozumiemy rozwiązanie kobiety chorej na drgawki porodowe zaraz po pierwszym lub najdalej drugim napadzie drgawek. Pod nazwą zaś drugą tj. „rozwiązania doraźnego rodzącej" rozumiemy ukończenie porodu u kobiety cierpiącej na drgawki porodowe za wszelką cenę, zaraz po objęciu jej w leczenie, bez względu na ilość poprzednio przebytych ataków drgawek, bez względu na okres porodu, oraz bez współdziałania bolów porodowych, jak najprędzej, nawet przy użyciu cięższych i poważnych zabiegów położniczych. Temi to nazwami niejednokrotnie posługiwać się będziemy; stanowią one bowiem istotę leczenia radykalnego, którego zwolennikami w pierwszym rzędzie są Dührsen, Bumm, Freund, Ollin, Harrison, Olshausen, Winter, Stökl i Asch. Zdaniem tych autorów opróżnienie macicy w jak najkrótszym czasie, bez współdziałania bolów porodowych, uważać należy za najlepszy i najpewniejszy sposób leczenia drgawek porodowych. Stanowisko to uzasadniają wymienieni badacze z punktu widzenia teoretycznego w sposób następujący: wychodzą oni z założenia, że drgawki porodowe powstają wskutek zatrucia ustroju matki jadami, wytwarzającemi się względnie powstającemi w jaju płodowem. Jady te podczas drgawek porodowych mają zalewać bardzo szybko ustrój matki. Należy więc, o ile chcemy uzyskać dodatni wynik leczenia, natychmiast i jaknajprędzej rozwiązać chorą, nie czekając aż te nieznane nam bliżej trujące ciała w takim stopniu uszkodzą najważniejsze jej narządy, że nawet po usunięciu źródła względnie przyczyny tworzenia się tych zabójczych ciał, powrót do stanu prawidłowego tkanek ustroju matki nie będzie możliwy. Współdziałania zaś bolów porodowych przy ukończeniu porodu u chorych na drgawki porodowe należy, zdaniem ich, dlatego unikać, że jak doświadczenie kliniczne poucza, skurcze macicy powodują nierzadko występowanie świeżych napadów drgawek pogarszających stan ogólny chorej. Dlatego to dążeniem naszem, w myśl zasad zwolenników leczenia radykalnego, powinno być między innemi rozwiązanie chorej bez jakiegokolwiekbądź czynnego jej udziału w tym akcie. Tak więc, o ile przyjmiemy, że powyższe wywody teoretyczne są słuszne, musimy dojść do wniosku, że leczenie radykalne ma logiczne uzasadnienie. Z drugiej zaś strony musimy nabrać przekonania, że wyczekiwanie przy drgawkach porodowych doprowadzić może do tak daleko posuniętych zmian w ustroju matki pod wpływem zatruwającego ją jadu, iż późniejsze rozwiązanie może już nie odnieść należytego skutku. Ponieważ zaś równocześnie, w miarę postępu i dłuższego trwania cierpienia, i ilość napadów się zwiększa, więc twierdzenie, że należy rozwiązać chorą po pierwszym, względnie po drugim napadzie drgawek, a więc jaknajwcześniej po wybuchu samej choroby, jak tego żądają zwolennicy leczenia radykalnego, jest zupełnie uzasadnione.

Jeżeli atoli staniemy na stanowisku rozwiązania we wczesnym okresie choroby i rozwiązania doraźnego przy eklampsji, to musimy być przygotowani na to, że będziemy zmuszeni rozwiązywać chore tak w ciąży jak i w każdym momencie porodu. Opróżnienia macicy uskuteczniać łatwo ku końcowi pierwszego okresu porodu lub jeszcze później, a to dlatego, że bólami porodowemi rozwarta szyja i otwarte ujścia, tak zewnętrzne jak i wewnętrzne, pozwalają na rozwiązanie szybkie przy pomocy zabiegów stosunkowo łagodnych i nie przedstawiających żadnych trudności technicznej natury. Co więcej, i co dla lekarza praktyka najważniejsza, rękoczyny używane celem ukończenia porodu w tych jego okresach możemy wykonywać zawsze i wszędzie nawet wśród najgorszych warunków otoczenia. Zabiegami, które mam na myśli, są kleszcze, obrót i ręczne wydobycie płodu. Inaczej atoli przedstawia się sprawa, gdy z powodu wybuchu drgawek porodowych będziemy zmuszeni rozwiązać chorą w ciąży lub w początkach porodu. Wtedy to o wykonywaniu powyżej wspomnianych zabiegów, wskutek zamknięcia biernego jeszcze odcinka macicy, mowy być nie może. W takich razach musimy, aby umożliwić rozwiązanie, przedewszystkiem uprzystępnić sobie dostęp do wnętrza macicy przez rozsze-

---

*) Wykład wygłoszony w Towarzystwie lekarskiem Krakowskiem dnia 27. IX. 1922.

rzenie ujść i kanału szyji. W myśl zaś zasad leczenia radykalnego powinniśmy dokonać tego jak najprędzej i bez współdziałania samejże chorej. Z tej też przyczyny nie możemy w tych wypadkach posługiwać się powoli działającemi sposobami rozszerzania szyji np. wprowadzeniem balonu do wnętrza macicy, a natomiast uciec się musimy do sposobów działających szybko i forsownie. Zależnie od zewnętrznych warunków przebiegu i okresu porodu, jak niemniej i od innych tym podobnych czynników, polecają różni autorowie stosowanie odpowiednich zabiegów położniczych, z pośród których w ostatnich czasach na pierwszy plan wysuwa się krwawe rozszerzenie szyji macicy za pomocą cięcia cesarskiego pochwowego, zwłaszcza w przypadkach drgawek porodowych u kobiet w ciąży w początkach porodu (Dührsen, Bauereisen, Beckman, Lamers, Olin i inni). Uważając wspomniany zabieg za zanadto ryzykowny dla matki (śmiertelność przy cięciu cesarskiem pochwowem, wykonanem ze wskazania drgawek porodowych, wynosi, podług Reuben-Petersena, 23·4%), radzą Beyers, Routh, Ballantyne, Kosmak i inni posługiwać się niem tylko wtedy, gdy niemożliwe jest szybkie i wczesne rozwiązanie rodzącej za pomocą łagodniejszego rękoczynu. Z tych samych względów zalecają inni, jak np. Halberstma, stosowanie raczej cięcia cesarskiego brzusznego w różnych jego odmianach aniżeli pochwowego.

Przystąpimy teraz, po tych ogólnych uwagach, do rozpatrzenia wyników leczenia radykalnego przy drgawkach porodowych, uzyskanych w klinice położniczo-ginekologicznej U. J. w Krakowie. Ogólna ilość odnośnych przypadków wynosi 28 i rozkłada się na różne sposoby rozwiązania w stosunku uwidocznionym na tablicy I.

TABLICA 1.

I. Rodzaj rozwiązania	Ilość przypadków	Śmierć matki	Śmierć płodu	Napady nie ustały po rozwiązaniu.
1. Cięcie ces. pochwowe	7	2	4	0
2. Rozszerzenie szyji m. Bossi, obrót, ręczne wydobycie płodu	1	1	1	0
3. Rozszerzenie szyji m. Bossi, kleszcze	1	0	1	1
4. Kleszcze	14	1	1	6
5. Obrót na nóżkę	3	1	1	1
6. Wymóżdżenie	2	1	2	1
Razem	28	6	10	9

Już z tej tablicy widać, że nie zawsze rozwiązanie jest w stanie zapobiedz zejściu śmiertelnemu przy drgawkach porodowych, jak niemniej nie zawsze może je natychmiast wyleczyć. Na 28 bowiem naszych przypadków 6, a więc przeszło piąta część ogólnej liczby, zakończyła się śmiercią chorej (21·5%), a w dziewięciu przypadkach powtórzyły się ataki drgawek nawet po opróżnieniu macicy. Na tejże też tablicy zestawiłem dla ścisłości ilość zejść śmiertelnych u płodów. Jak widać, jest ona bez mała dwa razy większa niż u matek, bo dochodzi do cyfry 10, co czyni 35·7%.

Następne zestawienia szczegółowe mają na celu uzupełnić te ogólne cyfry tablicy I. i oświetlić je z punktu widzenia t. zw. rozwiązania we wczesnym okresie choroby. Z tych to względów przypadki w nich przytoczone rozmieszczone są w poszczególnych rubrykach w stosunku do ilości napadów drgawek i ilości godzin, które rozwiązanie poprzedziły.

Rozpatrując te tablice dojść musimy do wniosku, że odsetka śmiertelności, tak u matki jak i u płodu, wzmaga się wraz z wzrostem ilości napadów poprzedzających rozwiązanie i potęguje się w miarę zwiększania się ilości godzin, które upłynęły od wystąpienia pierwszego ataku drgawek, aż do chwili porodu. Uderza nas pozatem równoległość, jaka zachodzi w liczbach odnośnie do śmiertelności, tak u matek, jak i u płodu, w miarę wzmagania się ilości napadów drgawek i zwiększania czasu trwania schorzenia. Powyższe spostrzeżenia są zasadniczej wagi i na nich opiera się całe radykalne leczenie drgawek porodowych. Stwierdzają one bowiem niewątpliwie, że im więcej upłynie czasu od wybuchu drgawek aż do rozwiązania i im więcej napadów to rozwiązanie poprzedzi, tem gorsze rokowanie »quo ad vitam« dla matki i dla płodu. I na odwrót, im krótszy czas upłynie od wystąpienia cierpienia do rozwiązania i im mniej poprzedzi je napadów drgawek, tem więcej mamy danych pomyślnego ukończenia sprawy chorobowej. Już więc na pierwszy rzut oka, przy pobieżnem nawet oglądaniu tych, niepokaźnych pod względem ilości przypadków, tablic stwierdzić możemy zupełnie śmiało, że zasady leczenia radykalnego mają nietylko teoretyczne ale i kliniczne uzasadnienie, a wzmaganie się procentu śmiertelności równolegle z czasem trwania cierpienia przemawia bezwzględnie za t. z. rozwiązaniem we wczesnym okresie choroby.

TABLICA 2.

Ilość napadów	Ilość przypadków	Śmiertelność matek	Śmiertelność płodów	Po rozwiązaniu nie ustały drgawki
1	6	1	2	1
2	11	1	2	2
3	1	0	0	0
4	2	0	1	1
6	2	1	1	1
7	2	0	1	1
8	2	1	1	1
9	1	1	1	1
28	1	1	1	1

TABLICA 3.

Ilość godzin	Ilość przypadków	Śmiertelność matek	Śmiertelność płodów	Po rozwiązaniu nie ustały drgawki
1	14	1	2	2
2	1	0	0	0
3	1	0	0	0
4	2	0	1	0
5	2	0	1	1
6	2	0	1	1
7	2	1	1	1
12	1	1	1	1
16	2	2	2	2
24	1	1	1	1

Danych procentowych ścisłych z tych niewielu, wyżej przytoczonych przypadków, obliczyć nie można, nie mniej atoli zasługują one na uwzględnienie, stanowiąc przykład wyników radykalnego leczenia eklampsji. Na podstawie większego materjału zebrane spostrzeżenia innych autorów potwierdzają w zupełności powyższe wnioski. Freund np., który zestawił 591 przypadków drgawek porodowych z kliniki berlińskiej, twierdzi, że z rozwiązanych w pierwszej godzinie po wybuchu drgawek nie zmarła ani jedna chora, podczas gdy już z rozwiązanych w drugiej godzinie zmarło 7·4%, w trzeciej 10·5%, w czwartej 18·9%. Jeszcze bardziej pouczające są zestawienia Schillera i z tego względu pozwalam sobie przytoczyć je w całości na poparcie moich wywodów.

Schiller podaje mianowicie, że:

z rozwiązanych	po 1—2 napadzie	zmarło	7.8%		
»	» 3—6	»	»	17%	
»	» 7—10	»	»	30·6%	
»	» 11—16	»	»	36%	
»	» 17 i ponad	»	»	55%	

Z rozw.	po 0—2	godzinach po	wybuchu	drgawek	zmarło	12·2%
»	» 3—4	»	»	»	»	17·9%
»	» 5—8	»	»	»	»	21·8%
»	» 9—12	»	»	»	»	31·8%
»	» 13—21	»	»	»	»	36%

Nie ulega więc, jak z powyższego widać, najmniejszej wątpliwości, że im we wcześniejszym okresie choroby rozwiążemy chorą na drgawki porodowe, tem więcej danych, iż sprawa pomyślnie dla niej się zakończy. Pytanie więc tak zw. rozwiązania we wczesnym okresie choroby rodzącej, cier-

piącej na eklampsję, byłoby tem samem rozstrzygnięte i to na korzyść.

A teraz z kolei rzeczy zastanowić się musimy nad drugim z warunków radykalnego leczenia, t. zn. nad t. zw. doraźnem rozwiązaniem. Zasadą jego jest, jak wiadomo, natychmiastowe rozwiązanie chorej, bez względu na ilość przebytych napadów, bez względu na długość czasu trwania cierpienia, oraz bez względu na okres porodu. Dührsen był pierwszym, który pojęcie to stworzył i który twierdził, że przy zastosowaniu tego rodzaju postępowania można większą ilość przypadków eklampsji doprowadzić do wyleczenia. Według zestawienia Lichtensteina śmiertelność w przypadkach drgawek porodowych, leczonych rozwiązaniem doraźnem, dochodzi do 18%. Liczba ta stosunkowo dosyć duża, zwłaszcza, o ile się zważy, że przy rozwiązaniu wczesnem śmiertelność przy eklampsji według zestawienia tego samego autora równa się 8·7%. Przyczyny tej różnicy dopatrywać się należy w tem, że nie wszystkie przypadki zaliczane do grupy doraźnego rozwiązania zaliczyć możemy do przypadków rozwiązanych także we wczesnym okresie choroby. Nie małe znaczenie dla sprawy szybkiego rozwiązania posiada, poprzednio już omówiony, zabieg, podany przez Dührsena: cięcie cesarskie pochwowe.

Zabiegów tych ze wskazania drgawek porodowych wykonano na klinice położniczo-ginekologicznej U. J. w Krakowie 7, z czego w dwóch przyszło do zejścia śmiertelnego u matek, a w czterech do zejścia śmiertelnego u płodów. Były to jednak przypadki wyjątkowo groźne i ciężkie. Chociażby już na podstawie tych liczb, oraz na podstawie nielicznych uwag, poprzednio odnośnie do cięcia cesarskiego powyżej wspomnianych, dojść musimy do wniosku, że jest to zabieg stosunkowo dość ciężki i nie należy go lekkomyślnie stosować, nie można mu jednak odmawiać wartości klinicznej, którą bezwarunkowo i to w stopniu nie małym posiada. Naogół biorąc, rozwiązanie doraźne nie może dawać tak dobrych wyników, jak rozwiązanie we wczesnym okresie choroby. Wynika to już z samej istoty rzeczy. W połączeniu jednak z rozwiązaniem we wczesnym okresie choroby uzasadnienie swoje znajduje niewątpliwie. Dowodzi tego chociażby już tych kilka cyfr, które powyżej przytoczyłem.

Najbardziej rzucającym się w oczy objawem eklampsji są napady drgawek i dlatego też ustanie ich uważane bywa, i poniekąd słusznie, za korzystny prognostycznie objaw w danym przypadku. W poprzednich tablicach z tych to właśnie przyczyn uwzględniłem wpływ opróżnienia jamy macicy na ustanie ataków drgawek. Z liczb zestawionych przezemnie wynika, na co już zresztą powyżej zwróciłem uwagę, że nie zawsze rozwiązanie kończy chorobę i powoduje ustanie drgawek. W naszych bowiem 28 przypadkach w 9 nie przyszło do ustania drgawek po porodzie. Wpływ jednak rozwiązania we wczesnym okresie choroby, i to korzystny, także i na tym objawie chorobowym się ujawnia. Stwierdzić bowiem możemy, że niewątpliwie, im wcześniej nastąpi poród u chorej na drgawki porodowe, licząc w stosunku do ilości napadów drgawek poprzednio przebytych lub też w stosunku do ilości godzin, które upłynęły od pierwszego napadu aż do rozwiązania, tem więcej mamy danych na to, że napady po porodzie już się więcej nie powtórzą.

Wyniki, uzyskane w lecznictwie drgawek porodowych przy pomocy leczenia radykalnego mają, obok doniosłego praktycznego, także i duże teoretyczne znaczenie. Stwierdzenie bowiem faktu, że rozwiązanie rodzącej a raczej opróżnienie jamy macicy wpływa korzystnie na przebieg drgawek porodowych, wskazało na jaje, jako na przyczynę ich powstania. Opierając się na wynikach leczenia radykalnego twierdzić dzisiaj możemy, że źródłem drgawek porodowych musi być jaje płodowe względnie jedna z jego części składowych. Dowodzi tego to, że usunięcie na czas jaja z ustroju matki powoduje w przeważnej części przypadków przerwanie a nawet wyleczenie samego cierpienia. Jaje więc musi wytwarzać w sobie, lub powodować wytwarzanie się w ustroju matki jadów, które ustrój zatruwają. Zdobycz tę w dziedzinie teoretycznych dociekań nad przyczynami drgawek porodowych zawdzięczamy jedynie tylko należycie oświetlonym i krytycznie rozpatrzonym wynikom t. zw. »rozwiązania we wczesnym okresie porodu«. Jest to przykład dowodzący, że kliniczne zdobycze mają częstokroć dla teoretycznych zagadnień doniosłe znaczenie, jak niemniej i na odwrót teoretyczne badania są wielokrotnie podstawą do wypracowania racjonalnych sposobów postępowania przy pewnych rodzajach schorzeń.

O ile leczenie radykalne znajduje, jak to dopiero zaznaczyłem, teoretyczne uzasadnienie, o tyle o leczeniu zachowawczem, nad którem teraz pokrótce zamierzam się zastanowić, nie możemy tego powiedzieć. Jest ono bowiem leczeniem objawowem, opartem na empirycznych czysto podstawach. Nie dąży bowiem ani do usunięcia przyczyny, powodującej zatrucie ustroju matki, ani też nie ma na celu zobojętnienia szkodliwych jadów, powodujących schorzenie. Ma natomiast jedynie tylko za zadanie zwalczanie napadów drgawek klonicznych wszystkich mięśni ciała, które dla przeważnej części rodzajów eklampsji są charakterystyczne, dopatrując się w nich czynnika najbardziej niekorzystnie wpływającego na przebieg samego cierpienia.

Rozróżniamy w zasadzie dwa rodzaje leczenia zachowawczego. Pierwszy, zalecany już od bardzo dawna przez Gustawa Veita, i drugi, podany w nowszych czasach przez Stroganoffa. Różnią się one zasadniczo od siebie pod wieloma względami, mając zaledwo tę jedną wspólną cechę, że posługują się temi samemi środkami farmakologicznemi, pozostawiając przebieg choroby siłom przyrody. Pierwszy rodzaj leczenia zachowawczego zaliczyć musimy do najstarszych wogóle sposobów leczenia drgawek porodowych. Cechuje go podawanie wielkich dawek morfiny, chloroformu i chloralu, każdorazowo po nowo występującym napadzie drgawek. Wychodząc z fałszywego założenia, że małe dawki nie odnoszą należytego skutku, radził Gustaw Veit podawać n. p. morfinę w ilości 0.03 gr na dawkę dochodząc w ciągu 4—7 godzin do ilości 0.2 gr. Początkowe dobre wyniki tego sposobu leczenia, uzyskane przez Veita (zaledwo 3.3% śmiertelności), nie zostały przez innych klinicystów potwierdzone. Sam nawet Veit starał się, widząc, że jego sposób leczenia zawiódł oczekiwania, zmienić go odpowiednio, wprowadzając w myśl programu Winkla podawanie dużych dawek chloralu naprzemian z morfiną, oraz doradzając rozwiązanie operacyjne, o ile to tylko ze względów technicznych było możliwe. Pomimo wszystko wyniki tego sposobu leczenia były tak niezadawalniające, że nie zyskał on powszechnego uznania i zupełnie go zaniechano z chwilą wprowadzenia do lecznictwa drgawek porodowych rozwiązania doraźnego i we wczesnym okresie choroby.

W klinice krakowskiej leczono według pierwotnych zasad Gustawa Veita 17 przypadków. Z tych w 7 przyszło do zejścia śmiertelnego matek (42%), a w dziesięciu do zejścia śmiertelnego płodów (58%). Po porodzie zaś tylko w dwóch przypadkach ustały napady drgawek. Śmiertelność matek przy zastosowaniu leczenia zachowawczego w pojęciu Gustawa Veita obliczają: Winter na 22%, Bumm na 30%, Zweifel na 33%, Friedemann na 37%, Illstein na 52%. Wyniki więc uzyskane na klinice krakowskiej omawianym właśnie sposobem leczenia nie różnią się, jak widzimy, zupełnie od wyników innych autorów. Zwrócić muszę uwagę, że wszystkie przypadki, zaliczone do tej grupy, leczone były tylko i jedynie w myśl pierwotnych zasad Gustawa Veita t. zn., że na przebieg lub przyśpieszenie porodu nie wpływano zupełnie, pozostawiając ukończenie jego siłom natury. Podawano natomiast duże dawki morfiny, chloralu i posługiwano się długotrwałem uśpieniem chloroformowem. Oprócz tego w niektórych przypadkach bez wyboru stosowano gorące zawijania w koce i znaczniejsze upusty krwi.

Zestawiając wyniki leczenia radykalnego i zachowawczego, przeprowadzonego w myśl wskazań Gustawa Veita, musimy dojść do wniosku, że śmiertelność tak matek jak i płodów przy drugim rodzaju leczenia jest prawie dwukrotnie większa, niż przy pierwszym. Widać to już nawet z liczb uzyskanych na podstawie przypadków kliniki krakowskiej, z których okazuje się, że śmiertelność przy leczeniu radykalnem u matek dochodziła do 21.5%, u płodów do 37.5%, przy leczeniu zaś zachowawczem wynosiła u matek 42%

a u płodów 58%. Liczby te, sądzę, nie wymagają bliższych wyjaśnień i stwierdzają niezaprzeczenie wyższość leczenia radykalnego nad omawianym rodzajem leczenia zachowawczego.

(Dok. nast.)

Dr. St. LASKOWNICKI, asystent kliniki. Lwów

Przyczynek do leczenia słoniowatości.

Z Kliniki chirurgicznej Uniw. J. Kazimierza we Lwowie.
Dyr.: prof. dr. H. Schramm.

Równolegle z usiłowaniami odprowadzenia wolnego płynu z jamy brzusznej za pomocą rozmaitych sposobów operacyjnych szły dążenia chirurgów w kierunku stworzenia stałego odpływu dla limfy w przypadkach przewlekłych obrzęków i słoniowatości kończyn i worka mosznowego.

Słoniowacizna i stan przewlekłego obrzęku kończyn występują często jako następstwa ciężkich uszkodzeń, zgnieceń kończyny (n. p. przejechanie wozem), czasem jako następstwa znacznie rozwiniętych żylaków i związanych z tem cierpieniem długotrwałych zmian w krążeniu.

Oprócz tego może być przewlekły obrzęk kończyny następstwem doszczętnego wyłuszczenia gruczołów pachwinowych (rak prącia) lub pachowych (rak sutka).

Najczęściej jednak wywołują wyżej wymienione stany chorobowe kończyn i worka mosznowego mechaniczne utrudnienia odpływu (*obstruction mécanique* Matas przyt. Gren) krwi żylnej lub limfy, spowodowane przebytem zapaleniem żyły wzgl. przebytem zapaleniem naczyń lub gruczołów chłonnych danej okolicy ciała, przyczem następczo wytwarza się obrzęk limfatyczny przewlekły, rozrost tkanki łącznej podskórnej i zanik włókien sprężystych skóry.

Przyczyną tych wszystkich zmian są zakażenia wywołane i potem często się powtarzające (ropowica, róża) przez drobnoustroje po największej części z grupy łańcuszkowców, lub też przez pasorzyty okolic podzwrotnikowych (nitkowce).

Słoniowatość kończyn dolnych występuje często, jako następstwo wrzodu podudzia, gdyż obecność ciągle otwartej rany usposabia do częstych zakażeń różą, te zaś wywołują zmiany w tkance podskórnej i samej skórze przez zamknięcie i zniszczenie naczyń chłonnych powierzchownych.

Zmianom zapalnym przewlekłym ulega także i powięź ścięgnista, grubiejąc znacznie i bliznowaciejąc, przez co przestaje być błoną w stanie prawidłowym przepuszczającą swobodnie soki ustroju.

Cierpienie to, sprawiające choremu wiele dolegliwości i wywołujące częstokroć silne bóle z powodu znacznego napięcia w tkance podskórnej, przepełnionej zalegającą limfą, i napięcia samej skóry, powoduje wkońcu zupełną prawie niezdolność używania kończyny; cierpienie to starał się uleczyć pierwszy Karnochan przez podwiązanie tętnicy głównej chorej kończyny i zmniejszenie w ten sposób dopływu krwi do kończyny. Wobec tego, że metoda ta nie dała żadnych prawie wyników leczniczych, podali kolejno Mikulicz, Eiselsberg i Kaposi metody wycinania klinów ze skóry, ze skóry i tkanki podskórnej względnie ze skóry, tkanki podskórnej i powięzi. Brzegi ran zeszywano na głucho. Ale i te metody lecznicze nie dały zadowalających wyników.

Wobec tego zaniechano leczenia operacyjnego i wrócono znów do leczenia zachowawczego, polegającego na dłuższem leżeniu w łóżku, wysokiem ułożeniu chorej kończyny, kąpielach z gorącego powietrza, miesieniu i na zawijaniu kończyny w opaski sprężyste. Niemal entuzjazm wywołała ogłoszona przez Handley'a w 1908 r. metoda operacyjna, gdzie przez wprowadzenie nitek jedwabnych w tkankę podskórną stara się autor stworzyć komunikację między częściami choremi a przestrzenią podskórną zdrową chorej kończyny. Była to pierwsza próba t. zw. lymphangioplastyki, próba stworzenia sztucznych naczyń chłonnych, próba stworzenia pewnego rodzaju stałego sączka mającego za zadanie odprowadzać nagromadzoną w chorej części limfę.

I ta metoda operacyjna została nawet przez samego autora zarzuconą, choć początkowo uzyskano niezłe wyniki w przypadkach przewlekłego obrzęku kończyn górnych ż powodu wyłuszczenia gruczołów pachowych. W przypadkach słoniowatości kończyn dolnych nie osiągnięto korzystnych wyników leczniczych.

Frank Cole Madden, który w Kairze miał sposobność operować szereg przypadków słoniowatości kończyn dolnych, spowodowanej przez nitkowca (*filaria*), oświadcza, że wynik korzystny utrzymuje się tak długo, dopóki chory leży w łóżku z kończyną uniesioną i zawiniętą w sprężyste opaski. Z chwilą, gdy chory wstanie i pocznie chodzić, stan dawny wraca w zupełności. Okazało się mianowicie, że wokoło nitek, jako ciała obcego, tworzą się sznury bliznowatej tkanki łącznej, co niszczy całe zadanie stałego sączkowania.

Tak więc sposobem Handly'a uzyskiwano tymczasową tylko poprawę, stan chorobowy jednak po krótszym lub dłuższym czasie powracał w zupełności. To też tem dziwniejszem wydaje się, że w roku 1922 poleca metodę Handley'a Borchardt, podając, że za pomocą metody Payera nie uzyskał dobrych wyników leczniczych. Borchardt postępuje jednak w ten sposób, że po wykonaniu operacji Handley'a, gdy nastąpi »odwodnienie« kończyny, wskutek czego skóra marszczy się i traci swe napięcie, a tkanka podskórna staje się bardziej wiotką, przystępuje do wykonania drugiego zabiegu, polegającego na wycięciu klinów ze skóry i tkanki podskórnej aż do powięzi. Wykonanie dwu tych zabiegów wywołuje polepszenie, które jednak, jak sam autor przyznaje, utrzymuje się niedługo.

Krögnis starał się stworzyć sztuczne naczynia chłonne z wyciętych i przemieszczonych w chorą okolicę kawałków żyły odpiszczelowej, a nawet tętnicy udowej, w przypadkach zaś słoniowatości worka mosznowego poleca, naśladując pomysł Talmy, ściągnięcie i przyszycie doń wewnątrz sieci.

W 1906 r. uzyskał Lanz w przypadku ciężkiego przewlekłego obrzęku kończyny dolnej, który wystąpił jako następstwo zmiażdżenia, trwałe wyleczenie przez wycięcie podłużnego paska z powięzi, przemieszczenie go w głąb między mięśnie i przymocowanie w otworze wyświdrowanym do tego celu w kości. Paski powięzi, wycięte po zewnętrznej i wewnętrznej stronie kończyny miały zadanie stworzyć stałą komunikację między przestrzenią podskórną a naczyniami chłonnemi mięśni i kości. Lanz ogłosił metodę operacyjną dopiero w r. 1911, czekał przez szereg lat, sądząc, że będzie miał sposobność operować, uleczyć i ogłosić większą ilość przypadków, być może też, że nie zdawał sobie sprawy z ważności odkrycia przez siebie zasady, że główną przeszkodę w odpływie limfy z tkanki podskórnej, po zniszczeniu naczyń chłonnych powierzchownych (*lymphangitis reticularis chron.*) stanowi zgrubiała, twarda, bliznowato zmieniona powięź ścięgnista.

Ogłoszenie sposobu Lanza w okresie, kiedy jeszcze panował wszechwładnie sposób operacyjny Handley'a, minęło prawie bez wrażenia. Myśl Lanza wykorzystał i rozwinął Kondoleon w r. 1911, powołując się zresztą na Lanza, mając zaś w Atenach sposobność operowania większej ilości przypadków słoniowatości, powodowanej przez pasorzyty okolic tropicznych, zmodyfikował sposób Lanza i skuteczność swej metody poparł ogłoszeniem historji chorób kilku operowanych swym sposobem i trwale uleczonych chorych. Kondoleon stwierdził w doświadczeniu na zwierzętach, że limfa wstrzyknięta w mięśnie zostaje bardzo szybko wchłoniętą, podczas gdy ta sama ilość, zastrzyknięta podskórnie, pozostaje po 48 godzinach ilościowo prawie niezmienioną.

Operacja wykonana po raz pierwszy przez Kondoleona wyglądała w ten sposób, że autor wyciął po stronie wewnętrznej i zewnętrznej uda ze zgrubiałej powięzi pięć długich wązkich pasków i poprzemieszczał je w głąb między mięśnie aż do okostnej, następnie zeszył podłużne ubytki w powięzi, pozostawiając na dole i na górze małe otwory. W jakiś czas po operacji (3 mies.) wyciął kawałek powięzi i okazało się, że ona już o połowę ścieńczała. W trzy miesiące po zabiegu nie było widać żadnej różnicy w objętości kończyny zdrowej i operowanej. W cztery lata później ogłasza Kondoleon wyniki uzyskane drogą operacji w 11

przypadkach słoniowatości kończyn dolnych. Na podstawie własnych spostrzeżeń i doświadczeń poleca autor w lekkich postaciach schorzenia stworzenie komunikacji między tkanką łączną podskórną a przestworem śródmięśniowym za pomocą szeregu pasków wyciętej powięzi, w przypadkach zaś zastarzałych, w których cierpienie trwa często 20—30 lat, gdzie są już daleko posunięte zmiany w skórze i tkance podskórnej i gdzie powięź jest silnie zgrubiała, poleca zupełne wycięcie znacznej części tejże. W jednym z operowanych przypadków wystąpił nawrót cierpienia, a przy powtórnej operacji okazało się, że ubytki w powięzi zastąpione zostały twardą tkanką łączną bliznowatą, tak, że ani śladu z poprzedniego zabiegu nie było, nie było więc już i połączenia między tkanką podskórną a mięśniami, co spowodowało znów *status quo ante*.

Wr. 1921 Haubenreisser opisuje sposób używany przez Payera, polegający na wycięciu szerokiego okna w zmienionej chorobowo powięzi. Operowane tym sposobem z pomyślnym wynikiem przypadki były przedstawiane przez Jurasza w roku 1912 na posiedzeniu towarzystwa salskich chirurgów.

Oba sposoby operacyjne, tak Kondoleona jak i Payera, są właściwie tylko modyfikacjami sposobu Lanza, wobec tego jednak, że Kondoleon miał sposobność operować większą ilość przypadków słoniowatości, i wobec tego, że o leczeniu tego schorzenia ogłosił szereg prac, sposób operacyjny nazwano w Anglji, Ameryce i Francji jego imieniem. Sposób ten zyskał znaczny zastęp zwolenników, znajduje obecnie szerokie zastosowanie i wszędzie słyszy się, że daje trwałe uleczenia.

Sistrunk (przyt. Green) zmodyfikował sposób Kondoleona, łącząc go ze sposobem Kapossiego; wycina on szeroki i długi płat skóry, tkanki podskórnej i powięzi, a oprócz tego wszczepia paski powięzi między mięśnie, przyszywając brzegi otworu w powięzi do mięśni pod nią leżących. Sistrunk uzyskał doskonały wynik leczniczy.

Pozwolę sobie przedstawić wyniki operacyjnego leczenia słoniowatości na lwowskiej klinice chirurgicznej w latach 1919—1922. Operowano 5 przypadków tego u nas dość rzadkiego schorzenia, raz sposobem Handleya, raz sposobem Kapossiego, trzy razy sposobem Kondoleona.

Przypadek I. Mikołaj K., lat 15, przyjęty na klinikę 18. XII. 1919. Odkąd pamięcią sięga, miał stopę prawą i podudzie zawsze obrzękłe, od czasu do czasu stopa obrzmiewała silniej, wytwarzał się ropień, który pękał, po wylaniu się ropy chory mógł znów swobodnie swej kończyny używać. Od dwu lat noga coraz częściej obrzmiewa i tworzą się ropnie, obrzmiewa przy chodzeniu i boli, tak, że chory z trudnością chodzi.

Stan obecny: Kończyna dolna prawa silnie obrzmiała zwłaszcza podudzie i stopa. Obwód podudzia 6 cm, stopy 8 cm szerszy od zdrowej. Skóra silnie ścieńczała i napięta. Na grzbiecie stopy blizny i wybujałości brodawkowate. Te same zmiany na podeszwowej stronie stopy. Palec uciskający stopę i podudzie pozostawia dołek.

Rozpoznanie: *Elephantiasis cruris et pedis d.*

15. I. W uśpieniu odbytniczem (eter) wykonano operację Handley'a (prof. Rydygier), połączywszy 16-tu nitkami jedwabnemi podskórnie przestrzeń chorą podudzia z częściami zdrowemi uda.

25. I. Ranki operacyjne zgojone doraźnie.

15. II. Zastosowano opaskę elastyczną na podudzie. Zmiany w obwodzie kończyny po operacji niema.

22. II. Róża.

27. II. Róża uleczona.

1. III. Na życzenie chorego i rodziny wykonano (prof. Rydygier) w uśpieniu etero-morfinowem odcięcie w połowie długości uda.

Na wiosnę 1921 zgłasza się chory z ogromną ropowicą kikuta poamputacyjnego. Po nacięciu opuszcza w dwa tygodnie klinikę uleczony.

Przypadek II. Hryć B., lat 51, przyjęty na klinikę w marcu 1920. W 15 roku życia, po zranieniu stopy prawej, z powodu ropienia rany leżał 3 miesiące w szpitalu, skąd odszedł uleczony. Od tego czasu jednak stopa i podudzie stale powiększały się w obwodzie, skóra pokrywała się wyniosłościami, od dwu lat dołączyły się bóle, czasem coraz silniejsze. W ostatnich czasach chory nie śpi po nocach z bólu, chodzi z trudnością o lasce, opierając się jak najmniej na chorej, bolącej kończynie. Schudł znacznie. Prosi o odcięcie chorej kończyny. St. localis: Stopa i podudzie prawe znacznie obrzękłe. Skóra na podudziu ścieńczała, sucha, silnie napięta, mało przesuwalna. Stopa niekształtna, skóra w okolicy malleoli, na pięcie, nad ścięgnem Achillesa, między palcami i na palcach zwyrodniała brodawkowato. Palec uciskający zostawia na stopie i podudziu dołek. Ruchy w stawie skokowym znacznie ograniczone i bolesne.

Rozpoznanie: *Elephantiasis pedis et cruris d. post phlegmone.*

Chory ma bez przerwy bóle w chorej kończynie, nie ma apetytu, chodzi z trudnością, w nocy z powodu bólu nie śpi. Inj. morf.

9. III. Operacja (prof. Schramm). W uśpieniu eteromorfinowem z cięcia długości 20 cm po zewn. stronie podudzia odsłonięto zmienioną bliznowato i zgrubiałą na $^1/_2$ cm powięź, wycięto z niej pasek długości 15 cm, szerokości 3 cm z podstawą u dołu, i przemieszczono go w głąb między mięśnie, przytrzymując brzegi mięśni ponad paskiem przez założenie dwu szwów strunowych węzełkowych.

Taki sam zabieg wykonano po stronie wewnętrznej i na tylnej powierzchni podudzia. Skórę zeszyto na głucho, opatr. asept.; but Volkmanna.

10. III. Chory spał po zastrzyknięciu morfiny całą noc.

11. Chory spał całą noc spokojnie, bólów żadnych nie ma.

16. III. Rana zgojona doraźnie. Skóra na podudziu mniej napięta.

21. III. Stopa i podudzie prawe znacznie zmniejszyły swą objętość. Chory chodzi i porusza stopą w stawie skokowym bez bólu.

25. III Chory chodzi bez laski — opuszcza klinikę uleczony.

Przypadek III. Stefan S., lat 16, przyjęty na klinikę w maju 1920. Cierpienie zaczęło się świądem i zaczerwienieniem worka mosznowego przed rokiem. Przed 6-ciu miesiącami skóra na prąciu i worku mosznowym zaczęła obrzękać, aż obrzęk doszedł do obecnych rozmiarów.

Stan obecny. Chory wzrostu wysokiego, budowy kośćca wątłej, odżywienia miernego, skóra i widzialne błony śluzowe blade. Na szyji powiększone nieco gruczoły chłonne, po stronie lewej w okolicy kąta żuchwy przetoka gruźlicza. W organach wewnętrznych klatki piersiowej i jamy brzusznej żadnych poważniejszych zmian nie wykazuje się. Worek mosznowy wielkości głowy noworodka. Obrzmiała skóra, pokryta brodawkowatemi naroślami, jest spoistości sprężystej, cała ściana worka mosznowego znacznie zgrubiała.

Skóra na prąciu jest również obrzmiała, barwy sinawej, napletek z powodu znacznego obrzmienia nie daje się ściągnąć poza żołądź.

Rozpoznanie: *Elephantiasis penis et scroti. Phimosis.*

Operacja (prof. Schramm). W uśpieniu eteromorfinowem wycięto z moszny przez całą grubość worka z obu stron kliny, odsłaniając nie zmienione chorobowo jądra, brzegi powstałych ran zeszyto ze sobą. Na prąciu odcięto zmieniony chorobowo napletek (*circumcisio*), zeszywając błonę śluzową ze skórą. W dwa tygodnie po operacji chory opuszcza klinikę ze znaczną poprawą. Chory zjawia się w 9 miesięcy po operacji z zaczerwienieniem i obrzękiem worka mosznowego, co pod okładami z 1% roztworu resorcyny ustąpiło w parę dni; worek mosznowy jest wielkości $1^1/_2$ pięści.

Przypadek IV. Marja K., przyjęta na klinikę 25. X. 1921. Choroba zaczęła się przed pięciu laty pojawieniem się na stopie lewej «krosty«, która powiększała się, utworzyły się również na grzbiecie stopy brodawki. Przed dwoma laty dołączył się obrzęk stopy i podudzia lewego, który w nocy się zmniejszał. W zimie 1920 była leczona w szpitalu i przebyła dwie operacje, polegające na wyskrobaniu i wycięciu brodawek. Obecnie chora skarży się na ból w chorej kończynie i trudności w chodzeniu.

Stan obecny: Poza stwardnieniem szczytów w narządach wewnętrznych klatki piersiowej i jamy brzusznej zmian nie wykazuje się. Kończyna dolna lewa w porównaniu z prawą wykazuje znacznych rozmiarów zgrubienie obejmujące stopę, podudzie i dolną $^1/_3$ część uda. Skóra na stopie i podudziu lewem napięta, ścieńczała, palec uciskający pozostawia dołek. Na grzbiecie stopy blizna pooperacyjna, ciągnąca się przez cały grzbiet stopy, przechodząca na dolną $^1/_3$ część przedniej powierzchni podudzia. Na grzbiecie palców stopy lewej i na tylnej pow. podudzia w dolnej $^1/_3$ części zmiany w postaci lupus hypertrophicus.

Rozpoznanie: *Lupus hypertrophicus pedis sin. Elephantiasis pedis et cruris sin.*

Operacja (Dr. Laskownicki). W znieczuleniu lędźwiowo-krzyżowem Rodzińskiego 1% RNS., po założeniu opaski Esmarcha, z cięcia łukowatego po zewnętrznej stronie podudzia odpreparowano płat skórny, odsłaniając znacznie zgrubiały *tractus ileotibialis fasciae latae*, z którego wycięto pasek długości 15 cm, szerokości 3 cm, uszypułowany na dole i przemieszczono go w głąb między mięśnie przyszywając jego koniec dośrodkowy do okostnej tuż pod główką kości strzałkowej. Takie same paski powięzi przemieszczono między rozsunięte wiązki mięśni z cięć skórnych podłużnych na tylnej i wewnętrznej powierzchni podudzia i zewnętrznej powierzchni uda, bez przyszywania ich gdziekolwiek, przytrzymano je jedynie w nowem położeniu przez założenie dwu szwów węzełkowych, strunowych, zbliżających do siebie nad paskiem brzegi roz-

dzielonego przedtem na tępo i podłużnie mięśnia. Skórę zeszyto wszędzie na głucho. Następnie wyskrobano ostrą łyżeczką miejsca chore na stopie i przypalono je Paquelinem. Opatrunek bezgnilny. But Volkmanna.

Chora gorączkuje przez 5 dni po operacji. Rany suche. W 6-tym dniu, tuż nad zgojonem cięciem na podudziu po stronie zewnętrznej wystąpiło chełbotanie; po nacięciu wylała się dość duża ilość żółtej, gęstej ropy. Ropień goi się szybko, rany pooperacyjne zgojone doraźnie, objętość kończyny chorej znacznie się zmniejsza, tak, że dorównuje prawie objętości kończyny zdrowej w podudziu. Chora opuszcza w dwa tygodnie po operacji klinikę ze znaczną poprawą. Zjawia się po dwu miesiącach i podaje, że noga ją nie boli, nie puchnie i może dobrze chodzić.

Przypadek V. Natalia K., lat 50, przyjęta na klinikę w styczniu 1922; podaje, że przed 10 miesiącami miała na podudziu lewem mały wrzód, po którego zdrapaniu wystąpił obrzęk podudzia lewego i silne zaczerwienienie po stronie przyśrodkowej tegoż. Dołączyła się gorączka, zaczerwienienie posunęło się poza kolano na udo i wystąpił obrzęk lewego uda. Chora miała bóle w nodze. Po trzech dniach gorączka spadła, bolesność kończyny zmniejszyła się, chora poczęła chodzić, obrzęk jednak nie ustąpił, a nawet z czasem powiększył się. Obecnie chora skarży się na bóle przy chodzeniu w dolnej kończynie lewej.

Stan obecny: Kończyna dolna lewa w całości znacznie obrzękła, obrzęk najznaczniejszy jest w obrębie podudzia, którego obwód w połowie długości wynosi 40 cm (zdrowe 34); udo lewe 55 cm w obwodzie, prawe 42 cm. Skóra na kończynie chorej blada, połyskująca, silnie napięta, palec uciskający pozostawia dołek. Stopa lewa również znacznie obrzękła. Nad kostką zewnętrzną jest okrągły ubytek, z brzegami ostremi, ścienczałemi, drążący w głąb na ½ cm, wydzielający niewielką ilość żółtej cieczy surowiczo-ropnej. Ruchy czynne i bierne w stawie skokowym znacznie ograniczone, w stawie kolanowym i biodrowym prawidłowe. Pozatem w ustroju poważniejszych zmian chorobowych nie zdołano wykazać.

Operację wykonałem w znieczuleniu Rodzińskiego 1% RNS. tak samo, jak w poprzednim przypadku, z tą różnicą jedynie, że starałem się usunąć zupełnie jak największą ilość powięzi, pozostawiając w środku powstałego w ten sposób podłużnego ubytku w powięzi wązki (2 cm), uszypułowany na dole pasek, który przemieszczałem w głąb między mięśnie. Pasek taki przytrzymywałem w nowem położeniu, zeszywając nad nim brzegi rozdzielonych mięśni, pozostawiając przez to szerokie otwory w powięzi. Rany zgoiły się doraźnie, w jednej z ran pooperacyjnych na podudziu wystąpiły dwa małe ubytki w gojeniu się z powodu martwicy brzegu zeszytej skóry. Obrzęk kończyny znacznie się zmniejszył, skóra stała się mniej napięta, dawała się, już w tydzień po wykonaniu zabiegu, na udzie łatwo ująć we fałd, następnie znikło napięcie skóry na podudziu, znikł obrzęk stopy, ruchy w stawie skokowym stały się swobodne, chodzenie bezbolesne; chora opuściła klinikę uleczona (obwód kończyny chorej wynosił w udzie 50 cm tj. 5 cm mniej, w podudziu 35 cm t. j. 1 cm więcej, niż podudzie zdrowe). Chora zjawia się w 4 miesiące potem na klinice i podaje, że chodzi dobrze, noga nie obrzęka wcale i czuje się zdrowa.

Jak widać z powyżej przytoczonych historyj chorób, wyniki lecznicze uzyskane sposobem operacyjnym Kondoleona w trzech przypadkach były zupełnie zadowalające. Chorzy zostali uwolnieni od bólów i dolegliwości i przywrócono im możność używania bolącej przy chodzeniu i chorej przedtem kończyny.

W przypadku słoniowatości worka mosznowego został osiągnięty zastosowaniem sposobu Kapossiego, wobec niemożności zastosowania sposobu operacyjnego Kondoleona, również dobry wynik leczniczy.

Przypadek operowany sposobem Handley'a skończył się odcięciem chorej kończyny.

Sposób operacyjny Kondoleona, polegający na usunięciu zupełnem jak największej ilości zbliznowaciałej, zgrubiałej powięzi, stanowiącej największą przeszkodę w odpływie limfy z tkanki podskórnej po zniszczeniu naczyń chłonnych powierzchownych, oraz przemieszczenie kilku wązkich pasków powięzi, mających zadanie zastąpić brak naczyń chłonnych i mających się stać rodzajem stałego sączka, jest sposobem dającym często trwałe uleczenia słoniowatości i przewlekłych obrzęków kończyn.

Piśmiennictwo.

1. Lanz: Zbl. f. Chir. 1911. N. 1. — 2. Lanz: Zbl. f. Chir. 1911. N. 5. — 3. Krögins: Zbl. f. Chir. 1911. N. 40. — 4. Kondoleon: Zbl. f. Chir. 1912. N. 30. — 5. Kondoleon: M. med. W. 1912. N. 10. — 6. Kondoleon: M. med. W. 1915. N. 50. — 7. A. Rydygier: Przegl. lek. 1911. N. 17. — 8. Frank Cole Maddlen: Zbl. f. Chir. 1913. N. 3. — 9. Strasser: M. Kl. 1915. N. 26. — 10. Royster: Zbl. f. Chir. 1916. N. 17. — 11. Green: Journal de Chir. 1920. N. 4. — 12. Borchardt: Ther. d. Geg. 1922. N. 1. — 13. Haubenreis. ser: Zbl. f. Chir. 1921. N. 2. — 14. Haubenreisser: Zbl. f. Chir. 1922. N. 14. — 15. Payr: Zbl. f. Chir. 1922 N. 1. — 16. Kondoleon: Zbl. f. Chir. 1923 Nr. 11.

Z praktyki.

B. FRENKIEL i A. SZMIRGELD. Łódź.

O dożylnem stosowaniu adrenaliny, atropiny i chlorku wapnia w zapaleniu mózgowia nagminnem.

Notatka terapeutyczna.

(Z oddziału chorób nerwowych Szpitala okręgowego w Łodzi).

Na zespoły parkinsonowskie, po nagminnem zapaleniu mózgu, składają się dwie grupy objawów: drżenie (ewentualnie ruchy mimowolne) i wzmożone napięcie mięśni. Dotychczas wszystkie wysiłki lecznicze zniesienia tych objawów były próżne. Na drżenie pewien wpływ wywiera czasami hyoscyna, na napięcie mięśniowe kąpiele ciepłe.

W r. 1922 Danielopolu, Rodovicz i Corniol*) ogłosili spostrzeżenie, że za pomocą wlewań dożylnych adrenaliny, atropiny i chlorku wapnia otrzymali znaczne zmniejszenie przykurczeń w przypadku bezwładu spastycznego kończyn dolnych. Wyżej wspomniane środki wywierać mają swój wpływ na stan mięśni za pośrednictwem układu współczulnego.

Postanowiliśmy więc spróbować działania tych środków w parkinsonizmie, i w tym celu w ciągu trzech miesięcy stosowaliśmy dożylnie czterem młodym chorym adrenalinę (1/20000, 1/50000 i 1/100000 gr), atropinę (0,001, 0,00125 i 0,0015) i chlorek wapnia (3,5 cm^3 i 5 cm^3 — 10% rozczynu). Stosowaliśmy też kombinacje środków: adrenaliny z atropiną, adrenaliny z chlorkiem wapnia i adrenaliny, atropiny i chlorku wapnia razem.

Adrenalinę stosowaliśmy pięć razy po 1/100000 gr, raz po 1/50000 gr i cztery razy po 1/20000 gr. Zastrzyknięcia adrenaliny wywołują odczyn natychmiastowy: chory blednie, skarży się na osłabienie i bicie serca, tętno staje się przyśpieszone; te objawy znikają już po kilkunastu sekundach. Co do napięcia mięśniowego, zmian przedmiotowych, opisywanych przez autorów, nie zauważyliśmy, chorzy jednak w dwu doświadczeniach utrzymywali, że w ciągu całego dnia po leku łatwiej wykonywali wszelkie ruchy. Atropiny używaliśmy: dwa razy po 0,001, cztery razy po 0,00125 i raz 0,0015. Atropina, niezależnie od dozy, wywołuje zmniejszenie ślinienia na przeciąg jednego dnia i dłużej. W jednym przypadku zauważyliśmy osłabienie napięcia mięśniowego bezpośrednio po zastrzyknięciu do żyły 0,0015 atropiny. Cztery razy wlewaliśmy do żyły 5 cm^3 10% rozczynu chlorku wapnia, po czem nie było ani przedmiotowych, ani podmiotowych zmian w napięciu mięśni.

Piętnaście razy wlewaliśmy adrenalinę jednocześnie z atropiną.

Siedem razy zastrzykiwaliśmy 0,00125 atropiny i 1/50000 gr adrenaliny i osiem razy 0,0015 atropiny i 1/40000 gr adrenaliny.

Po zastrzyknięciach można zauważyć znaczną bladość, osłabienie, bicie serca i ból głowy. Tylko dwa razy stwierdziliśmy przedmiotowe osłabienie napięcia mięśniowego. Podmiotowo chorzy czuli się lepiej, utrzymywali, że ruchy wykonują łatwiej; we wszystkich doświadczeniach zmniejszało się ślinienie. Jeden z chorych (G.), który ma utrudnioną mowę, podawał, że po każdem zastrzyknięciu mówi lepiej.

Dwa razy podawaliśmy adrenalinę (1/40000) + chlorek wapnia (3½ ccm). Wyniki takie same, jak przy adrenalinie bez $CaCl_2$.

Sześć razy stosowaliśmy kombinacje: adrenalina (1 40000 + atropina (0,00125) + chlorek wapnia (3½ cm^3). W czterech przypadkach widzieliśmy pewne osłabienie napięcia mięśniowego, w dwu — chorzy odczuwali polepszenie.

Ilekroć otrzymywaliśmy wyniki dodatnie, polepszenie

*) Recherches sur le tonus des muscles volontaires. Revue neurologique. Septembre 1922.

trwało bardzo krótko (1 do 3 dni). Ogólny stan chorych nie zmieniał się i obraz kliniczny pozostawał bez zmiany. Na drżenie zastrzyknięcia nie miały żadnego wpływu. Wyniki najlepsze dawały zastrzyknięcia adrenaliny, atropiny i chlorku wapnia jednocześnie.

Bardzo skromne wyniki naszych doświadczeń były do przewidzenia. Obraz kliniczny cierpienia polega na głębokich zmianach anatomicznych ośrodkowego układu nerwowego, więc środki, działające jedynie na układ współczulny, nie mogą zmienić obrazu klinicznego*).

Notatkę tę podajemy, ażeby zachęcić do dalszych prób w tym kierunku, ponieważ nawet najmniejsze wyniki dodatnie przy zupełnej naszej leczniczej niemocy wobec parkinsonizmu zasługują na uwagę.

Podkreślić należy, że stosowanie, nawet wielokrotne, wlewań dożylnych atropiny w dawkach po 0,00125 gr — a więc większych od najwyższych dawek tego środka, stosowanych podskórnie, nie powoduje żadnych objawów ujemnych.

Nagminne zapalenie mózgu (Encephalitis epidemica).

(Krótki zarys do użytku lekarzy praktykujących[1]).

W nagminnem zapaleniu mózgu (*encephalitis epidemica)* odróżniamy dwa okresy:

1) okres ostry, który często przechodzi w
2) okres przewlekły.

Ad 1) Początek choroby najczęściej z gorączką do 39°. przez kilka dni trwającą. Obraz choroby podobny często do grypy. Po kilku dniach stany podgorączkowe utrzymujące się czas dłuższy; bezgorączkowy przebieg nie należy do rzadkości. Już po kilku dniach występują objawy ze strony systemu nerwowego; zależnie od tych objawów rozróżniamy następujące postacie ostrego nagminnego zapalenia mózgu:

a) postać śpiączkowa (*encephalitis lethargica* — E c o n o m o), gdzie, jak nazwa wskazuje, dominującym objawem jest śpiączka. Sen jest podobny do snu normalnego, chory daje się przebudzić, jest zorjentowany, przyjmuje pokarmy, załatwia potrzeby fizjologiczne; po chwili znowu popada w sen. Stan śpiączkowy może trwać nawet tygodniami.

Tu należą przypadki zaburzenia snu objawiające się bezsennością, która nieraz przez pewien czas poprzedza śpiączkę.

U dzieci spotyka się zaburzenia snu, polegające na tem, że dzieci we dnie śpią, w nocy natomiast nie sypiają, przytem bywają niespokojne i podniecone (*encephalitis nyctambulica,* P r o g u l s k i-G r ö b l o w a);

b) postać pląsawicza (*encephalitis choreiformis*, D i m i t z) gdzie na pierwszy plan występują ruchy pląsawicze całego ciała, chorzy nie mogą ani chwili uleżeć spokojnie i spędzają bezsenne noce. W tej postaci zdarzają się często zmiany na skórze: na tle zaczerwienionej skóry występują pęcherzyki wypełnione płynem surowiczym, które pękają. Zmiany na skórze najczęściej występują na łokciach, na kolanach, około kostek, nad łopatkami;

c) postać myokloniczna (*encephalitis myoclonica* — S i c a r d-K u d e l s k i), dla której cechujące jest występowanie kurczów mięśniowych szybko przebiegających, obejmujących mniejsze lub większe grupy mięśniowe. Czasem te kurcze (myoklonie) ograniczają się do mięśni brzucha (często połączone z czkawką) albo do mięśni kończyn. Należy podnieść, że jedna postać może przejść w drugą. Wszystkie trzy postacie ostrego okresu mają pewne wspólne objawy: zaburzenia ze strony mięśni ocznych, jak opadnięcie powieki górnej, podwójne widzenie, zaburzenia w konwergencji i oddziaływaniu źrenic na akomodację, czasem nierówność źrenic i złe oddziaływanie na światło. Dość charakterystyczne bywa drżenie gałek ocznych. Już wcześnie zmienia się wyraz twarzy chorego, zwłaszcza w postaci śpiączkowej, twarz nabiera wyrazu apatji, skóra na twarzy świecąca się, tłusta, wskutek większego wydzielania gruczołów łojowych. Wczesnym objawem bywają nadto zaburzenia ze strony pęcherza moczowego, a mianowicie utrudnienie w oddawaniu moczu, oraz zmniejszone uczucie parcia na mocz. Często choroba zaczyna się wśród bolów (w czasie ostatniej epidemji w zimie 1922/23 był to objaw częsty). Bóle bardzo silne dotyczą różnych części ciała, rozprzestrzeniają się często wzdłuż przebiegu nerwów, przytem jednak nerwy same są na ucisk niebolesne (bóle centralnego pochodzenia) w odróżnieniu od zapaleń nerwów. Objawy psychiczne, jak podniecenie psycho-motoryczne, deliria, mogą zapoczątkować obraz chorobowy, jednak to są przypadki stosunkowo rzadkie. Porażenia nie należą do typowego obrazu, choć się wyjątkowo mogą zdarzyć; natomiast stwierdza się już wcześnie tzw. *flexibilitas cerea*, polegającą na tem, że chorzy zatrzymują czas dłuższy biernie im nadane położenia kończyn. Zaburzeń w odruchach brak. Objaw Babińskiego może być dodatni, często występuje i znika.

Śmiertelność wynosi dwadzieścia kilka procent. Najniekorzystniejsze rokowanie daje postać pląsawicza. W rokowaniu co do zupełnego wyleczenia należy być ostrożnym ze względu na możliwość rozwinięcia się okresu przewlekłego.

Ad 2) Najczęstszą postacią przewlekłej *encephalitis* jest t. zw. parkinsonismus tj. objawy podobne do objawów cechujących chorobę Parkinsona (*paralysis agitans*). Wygląd zewnętrzny chorego umożliwia w większości przypadków rozpoznanie; twarz maskowata, bardzo skąpa mimika, skóra na twarzy świecąca się, jakby posmarowana maścią (Salbengesicht), tułów przechylony ku przodowi, kończyny górne przywiedzione do klatki piersiowej, zgięte w stawach łokciowych, *propulsio, retro* - lub *lateropulsio*. Stopień nasilenia tych objawów bywa różny; nieraz spotyka się te objawy połowiczo zaznaczone. W niektórych przypadkach cięższych przyłączają się do tych objawów zaburzenia opuszkowe wrzekome, jak zaburzenia w połykaniu, zaburzenia mowy, ślinienie, czasem bywa obok tego śmiech lub płacz przymusowy. W innych razach spostrzegamy drżenie podobne do drżenia przy drżączce porażennej (*paralysis agitans*), dalej ruchy mimowolne, przypominające pląsawicę lub atetozę. Czasem spotykamy się z niemożnością siedzenia lub leżenia; chorzy tacy ciągle chodzą, nie mogąc dłuższej chwili usiedzieć lub uleżeć spokojnie.

Ta postać przewlekła rozwija się albo bezpośrednio po okresie ostrym, albo występuje w czasie rekonwalescencji lub nawet po dłuższym czasie pozornego zdrowia. Ten szczegół nakazuje ostrożność w rokowaniu w ostrym okresie choroby.

Śmiertelność wynosiła w epidemjach zagranicznych dwadzieścia kilka procent. Okres rekonwalescencji trwa bardzo długo; wyzdrowienie całkowite bez pozostawienia śladów przebytego cierpienia nie jest rzadkie. Leczenie: Dokładne oczyszczenie przewodu pokarmowego, ścisła dyjeta. Wstrzykiwania »Mirion«, 2—5 cm³ na dawkę, w odstępach 2—3 dniowych. wśródmiąższowo, »Vaccineurin«co 3 dni jednę injekcję, lub »Neurovac«. Wcierania unguen-tum Crede. Wewnętrznie: początkowo salol, urotropina, potemjod, o ile nie stosowano »Mirion«. Jeżeli gorączka spadłalub utrzymują się stany podgorączkowe, należy chorego dobrze odżywiać.

Oceny i sprawozdania.

Dr. Bronisław B a r t k i e w i c z (Zawiercie). **Rak wargi dolnej.** (Wydawnictwa Polskiego Komitetu do zwalczania raka, serja naukowa, Nr. 2). Warszawa 1923, str. 102, z 18 rysunkami w tekście i 6 tablicami kolorowemi.

W monografji swojej daje autor więcej wyników pracy własnej, niż to sam w przedmowie zapowiada. Nietylko bowiem główna część książki (to jest badania histogenetyczne i kliniczne nad rakiem na tle raka wargi) jest „wynikiem poszukiwań samodzielnych“, lecz i w innych rozdziałach, które według autora: „poza drobnemi motywami w części chirurgicznej są przeważnie streszczeniem prac dotychczas

---

*) Nie wdajemy się tu w rozważanie, w jaki sposób wspomniane środki wpływają na stan napięcia mięśni, oraz dlaczego kombinacja leków może dać wyniki lepsze, niż każdy z nich z osobna.

[1]) Komunikat Woj. Urzędu zdrowia we Lwowie według opracowania Kliniki neurolog. Uniw. lwowskiego.

ogłoszonych w tym zakresie", odzwierciedla się w wielu miejscach własne doświadczenie autora i własny, na tem doświadczeniu oparty, pogląd na różne zagadnienia praktyczne.

Autor operował w szpitalu Tow. akc. „Zawiercie" (1906—1916) oraz w klinice chirurgicznej Uniwersytetu warszawskiego 46 przypadków raka wargi, z których 21 zbadał dokładnie drobnowidowo. Na zasadzie swych badań doszedł do wniosku, że rak wargi rozpoczyna się prawie wyłącznie z nabłonka powierzchownego czerwieni wargi, i to przez przejście większej nieraz liczby komórek w bujanie złośliwe; że skłonność nabłonka czerwieni wargowej do raka zależy w części od specjalnej budowy tkanki podnabłonkowej; że obszar pierwotnej zamiany nabłonka zdrowego na rakowy zależy od szybkości wzrostu pierwotnego ogniska; że w tkankach, otaczających ognisko rakowe, powstaje szereg zmian rozrostowych (w nabłonku powierzchownym, gruczołach skórnych, tkance łącznej, naczyniach) i wstecznych (w gruczołach śluzowych, mięśniach i zwykle w tkance sprężystej), że przyczyną tych spraw jest w znacznej części swoisty wpływ żywych komórek nowotworowych i że w wielu przypadkach zmiany te mają charakter obrony ustroju przed chorobą raka. W ostatecznych wnioskach klinicznej części swej monografji stwierdza autor, że rak wargi jest uleczalny na drodze operacyjnej, a dla wyniku pomyślnego najważniejsze jest wczesne operowanie, dokładne usunięcie tkanek podejrzanych i wykonywanie w każdym przypadku i na wardze i w sferze gruczołów zabiegu doszczętnego wedle zasad nowoczesnych.

Wartość oryginalna pracy dr. Bartkiewicza leży w dokładnem zbadaniu histologicznem różnych okresów sprawy, począwszy od najwcześniejszych, na materjale świeżo wyciętym przy operacji i w histologicznej analizie zmian w tkankach, sąsiadujących z ogniskiem rakowem. Nadto ma praca dr. Bartkiewicza wartość praktyczną jako monografja, pożyteczna dla każdego lekarza.

Osobliwie pomieszane uczucia budzi wiadomość, zawarta w przedmowie, że badań swych dokonał autor w p r a c o w n i n a u k o w e j s z p i t a l i w Z a w i e r c i u, a więc zdala od ognisk życia naukowego, powstałej dzięki ofiarności obywatelskiej. Tem więcej zasługują na uwagę dobre fotografje i bardzo ładne obrazy histopatologiczne, które zdobią rozprawę dr. Bartkiewicza. Z pracowni tej wydał już dawniej dr. Bartkiewicz dwie prace eksperymentalne... Ale z goryczą czyta się na końcu przedmowy zapowiedź, że to prawdopodobnie ostatnia praca autora, bo „zmiana warunków pracy lekarskiej na prowincji i związany z nią upadek wiedzy ścisłej uniemożliwiły w zupełności badania naukowe". r.

Dr. med. Stanisław K o p c z y ń s k i: **Szkice higjeniczno-wychowawcze z dziedziny higjeny domowej i szkolnej.** Tom II. Lwów—Warszawa 1923 (Książnica polska). Stron 168.

Przed dwunastu laty, wydając pierwszy tom swych poczytnych „Szkiców", zapowiedział dr. Kopczyński ich ciąg dalszy i obecnie spełnił przyrzeczenie. Dobrze się stało, że, przez wydanie w książce, szereg spostrzeżeń i badań, dokonanych przez autora, oraz wskazówek praktycznych, nader pożytecznych dla wychowawców, rodziców, lekarzy opiekujących się młodzieżą — zwłaszcza szkolnych, uniknie rozproszenia, na jakie był narażony przez ogłoszenie tylko jako luźne artykuły w czasopismach. Zbiór tych artykułów obecnie dokonany, a ułożony przez autora w pewien porządek, stanie się, podobnie, jak był nim tom pierwszy, dzielnym środkiem propagandy higjeny wychowawczej w szerokich kołach, ciągle jeszcze zbyt mało wiedzących o tych ważnych zagadnieniach.

Na pole tych zagadnień wprowadza autor czytelnika rozdziałem o celach i zadaniach higjeny szkolnej, przedrukowanym z wydanego pod swoim kierunkiem podręcznika tego przedmiotu. Drugi rozdział poświęcony jest budownictwu szkolnemu, dwa następne — wychowaniu cielesnemu w szkole. Dalej idzie szereg szkiców, dotyczących nerwowości u dzieci i czynników, mogących ją wzmagać (teatr, zbyt wczesny początek nauki szkolnej, wiek przejściowy — oświetlony z różnych stron — egzamina, przeciążenie w szkole, przyczem poddaje autor słusznej krytyce ministerjalny program nauczania w szkole średniej). Wybór zawodu uczniów kończących szkoły i zadania, które ma tu lekarz szkolny jako doradca, sprawa podręczników szkolnych i pomieszczania w nich tematów higjenicznych, sprawa alkoholizmu i wreszcie sprawa snu dzieci szkolnych — oto tematy innych szkiców. Wrażenia z wizytacji szkół w Rzymie i w Wiedniu, acz luźniej już związane z zadaniem książki, nie są tu jednak nie na miejscu. Natomiast zdaje mi się, że szkic pt. »Praca umysłowa a zawód lekarski« już poza ramy „Szkiców higjeniczno-wychowawczych" zupełnie wykracza pomimo motywów, któremi autor w dopisku uzasadnia jego pomieszczenie w książce.

Wszystkie projekty, dotykające spraw szkolnictwa publicznego, podane przez autora przed r. 1918, były z natury rzeczy »pium desiderium«. Od wskrzeszenia Państwa natomiast stały się postulaty autora rzeczą realną, zwłaszcza, odkąd mogły dochodzić do najwyższej naszej magistratury oświatowej nietylko pośrednio przez prasę, ale i bezpośrednio. Toteż życząc książce rychłego drugiego wydania, widziałoby się w niem chętnie wiadomość, jaki wpływ wywarły uwagi autora na stan szkolnictwa publicznego, którego udoskonalenie pod względem higjenicznym przyświecało jako cel niejednemu ze »szkiców«, zawartych w tomie drugim.

Ciechanowski.

Z zagadnień ekonomji lekarskiej.

Dr. Mieczysław CZARNECKI. Łomża.

W związku z artykułem Prof. Dra Antoniego Cieszyńskiego «Czy i jak należy przeciwdziałać nadmiernemu przyrostowi lekarzy w Polsce.

Szanowny autor pytanie zawarte w tytule rozstrzyga twierdząco, uważa, że dochody lekarzy praktyków maleją i wobec tego należy ograniczyć możność studjowania młodszym pokoleniom.

W tablicy 2. autor twierdzi, że chłopi przysparzają lekarzowi tylko 10% jego dochodu. Być może, że autor ma taką praktykę, lecz na prowincji, w miastach wojewódzkich i powiatowych, olbrzymia większość lekarzy żyje z praktyki chłopskiej. Ruch u lekarzy bywa duży tylko w dnie targowe t. zn. wtedy, gdy wieśniacy przyjeżdżają do miasta. Chłopi, a zwłaszcza kobiety wiejskie, wobec wzrostu dobrobytu na wsi leczą się znacznie więcej, niż przed wojną. Twierdzenie więc, że chłopi mało dają zarobić lekarzom, może się stosować do Lwowa, gdzie pewnie, jak w Warszawie, jest nadmiar lekarzy, ale nie do prowincji. Niesłusznem również jest twierdzenie, że urzędnicy państwowi dają lekarzowi 40% dochodu. Może kiedyś tak było, ale obecnie, gdy stan urzędniczy jest gorzej opłacany, aniżeli robotnik fizyczny, i gdy większość urzędników ma swego lekarza urzędowego, lekarz wolno praktykujący nie wiele się pożywi z urzędników.

Tablica 3. ma wykazać, że zarobki lekarzy spadają i wkrótce spadną poniżej minimum potrzebnego dla egzystencji. Musimy zwrócić uwagę, że w przeliczeniu na złoto spadły zarobki wszystkich ludzi pracy, tak robotników, jak urzędników, adwokatów, lekarzy, co jest wynikiem dewaluacji naszej marki ogólnego zubożenia mas skutkiem wojny i nieuporządkowanej gospodarki krajowej. Czyż stąd, że zarobki obniżyły się, można wyciągać wniosek, że jest za dużo robotników, urzędników i td.? Stan lekarski, który sam sobie oznacza wysokość honorarjum, najłatwiej w tej ogólnej powodzi utrzymuje się na powierzchni. Zarobki nasze są mniejsze, niż przed wojną, ale trzeba je oceniać w porównaniu z zarobkami innych ludzi pracy; wtedy przekonamy się, że z lekarzami jest względnie lepiej, niż z urzędnikami i robotnikami i zanim lekarze odczują nędzę, to urzędnicy i robotnicy musieliby dawno powymierać.

Chciałbym, żeby dziekanaty wydziałów lekarskich ogłosiły dane cyfrowe, dotyczące ilości słuchaczy zapisanych na pierwszy rok studjów lekarskich i ilość doktoratów złożonych przez to samo pokolenie za lat sześć. Na pierwszym roku studjów było nas koło 120, a z tego po skończeniu doktoryzowało się najwyżej 30-tu czyli czwarta część, reszta odpadła po drodze. Jak można więc podawać w tablicy 7. przyrost roczny lekarzy równy ilości zapisanych na pierwszy rok medycyny? Więc »jakież środki należy podjąć, żeby zaradzić złemu w porę«?.

Co jest złem, czy znany brud, brak znajomości najprymitywniejszych zasad higjeny wśród większości naszego narodu, przerażająca ilość gruźlicy, jaglicy, plica polonica i stale wybuchające epidemje, czy złem ma być przypuszczenie, że za lat 10 lekarze będą zbyt mało zarabiali?

I czemu trzeba w porę zaradzić? Stan lekarski nie może własnych spraw stawiać wyżej po nad dobro narodu! Nawet, jeśliby część lekarzy miała głodem przymierać w przyszłości, nie wolno nam dążyć do stworzenia zamkniętego cechu średniowiecznego. Nadmiar lekarzy w Polsce znajdzie zawsze chleb, jeśli nie w medycynie, to na niwie pedagogicznej i społecznej, jeśli nie we własnej Ojczyźnie, to w Rosji i Syberji, Bułgarji i Jugosławji! Polska inteligencja ma obowiązki nie tylko względem siebie, swoich wdów i sierót, jest ona nosicielką kultury

i nauki polskiej i dla dobra własnej Ojczyzny musi promieniować na ludy o niższej kulturze. Interes jednostki leczonej, interes stanu lekarskiego, jako nosiciela kultury polskiej, i interes Państwa, którego znaczna część obywateli nie należy do narodowości polskiej, wymaga, żeby lekarzy wychowanych w kulturze polskiej było jak najwięcej, wymaga najwyższego napięcia naszych sił intelektualnych i stworzenia z uniwersytetów ognisk promieniujących polską wiedzą aż hen po za granice kraju. Droga do tego prowadzi nie przez ograniczenia, a przez fundowanie nowych zakładów, tworzenie stypendjów i cały ogrom twórczych wysiłków.

Marjan ZEMPLIŃSKI. Warszawa.

W sprawie »nadmiernego przyrostu lekarzy« w Polsce.

W N. 11 »Polskiej Gaz. lek.« z r. b. pojawił się artykuł poruszający sprawę planowego przeciwdziałania nadmiernemu przyrostowi lekarzy w Polsce; wywołuje on pewne refleksje, któremi chciałbym się podzielić z czytelnikami »P. Gazety lekarskiej«. Aczkolwiek można uznawać w zasadzie dopuszczalność prawno-państwowego normowania kwestyj społecznych i ingerencji czynników zainteresowanych w sprawę ograniczania przyrostu wykwalifikowanych pracowników danej dziedziny, to jednak trudno przypuścić, aby na tej drodze, jaką proponuje autor we wspomnianym artykule, można było przeprowadzić zabezpieczenie stanu lekarskiego przed zepchnięciem »do roli parjasów« przy równoczesnem uwzględnieniu interesów jednostki, Państwa i cierpiącej ludności kraju oraz interesów zapobiegania. Faktem jest, że dzisiaj dość liczny odsetek lekarzy zaledwie wegetuje, wśród nich wielu ludzi nauki, lecz przyczyny proletaryzacji stanu, względnie licznych jednostek stanu lekarskiego, nie można usunąć powstrzymaniem nostryfikacyj dyplomów lekarskich zagranicznych ani innemi środkami, proponowanemi przez autora, co zresztą wynika z wmyślenia się w dowody tegoż artykułu, bo »dobrobyt mieszkańców wpływa przeważnie na zapotrzebowanie« a więc i dobrobyt lekarzy.

Oczywiście sprawa nostryfikacyj dyplomów zagranicznych obecnie odbywać się może tylko na zasadach wzajemności; o ile zaś rzecz dotyczy nostryfikacyj dyplomów, uzyskanych zagranicą przez obywateli polskich, to ograniczenie w tym kierunku, nawet uzasadniane mojżeszowem wyznaniem, względnie narodowością obcoplemienną nostryfikanta, może chyba spowodować obniżenie poziomu naukowego stanu lekarskiego w Polsce.

Ograniczenie liczby studentów, przyjmowanych na I rok studjów, utrzymanie »numerus clausus« i t. p. środki, wywołują jedynie ten skutek, że wykluczają z zawodu lekarskiego wszelki żywioł ideowy, ludzi z zamiłowaniem do niesienia pomocy cierpiącym, ludzi z zamiłowaniem do nauki i stworzą nowy stan lekarski, chciwy grosza, żerujący, jak robactwo na ciele cierpiącej ludności kraju. Już obecnie można to zauważyć; dalsze zarządzenia w tym kierunku zmierzają do wychowania lekarzy pod każdym względem ograniczonych, o niskiej wartości moralnej, zawodowców o psychologji robigrosza, otoczonego aureolą dyplomu doktora medycyny. To też zarządzenia, mające na celu utrzymanie stanu lekarskiego na wysokim poziomie materjalnym, nie powinny iść drogą obniżenia etycznego poziomu lekarzy. Jestto wprawdzie droga najłatwiejsza i niejeden lekarz tą drogą osiąga powodzenie życiowe, jeśli zaś celem naszym ma być uświęcenie tego postępowania, miejmyż odwagę rzecz jasno i po kupiecku załatwić, nie dopuszczając ekonomicznie słabszych konkurentów do wykonywania zawodu lekarskiego. Nie ograniczenie przeto liczby »lekarzy młodych« w ten czy inny sposób, lecz troska o to, aby rozszerzyć i pogłębić pole pracy dla tych młodych sił lekarskich, powinna być celem zabiegów tych, którym dobro stanu lekarskiego i ludności oraz interes Państwa leży na sercu.

System nauczania uniwersyteckiego, nie dający minimum przygotowania praktycznego, winien być zreformowany. Byłe Król. Polskie i Kresy wchłoną i potrzebować będą lekarzy praktyków. Praktyczne dokształcanie lekarzy stanie się palącą potrzebą, zarzucić trzeba będzie jednak system podawania wszystkiego w teoretycznym wszechlekarskim sosie, natomiast należy urządzać praktyczno-teoretyczne kursa uzupełniające według specjalności. Ułatwienia w kształceniu się specjalnym i w pracy naukowej należy do państwowych i społecznych obowiązków, których na serjo nikt u nas nie traktuje. Stanowiska asystentów w zakładach naukowych, w pracowniach i szpitalach muszą dawać możność pracy spokojnej i twórczej, chociaż w skromnych warunkach, i właśnie poczęści zarzucić można »starszym« lekarzom tolerowanie tego, że niemal wszędzie »młodsi«, zwłaszcza w większych miastach, a zresztą na wszelkich stanowiskach mniej lub więcej bezpłatnych, spychani są do roli parjasów. Brak zaś zdecydowanej pewności wśród »młodych« lub zgoła nieufność, że znajdą w organizacji u starych poparcie, doprowadza do tego, że lekarz w niejednej instytucji jest gorzej uposażony od portjera lub praczki. Starzy radzą sobie, kumulując posady i praktykę, młodzi ratują się różnie, całość robi smutne wrażenie upośledzenia stanu lekarskiego. Niezłą jest recepta autora »wyjeżdżać na prowincję«, lecz wyjeżdżać trzeba z czemś i niestety nie ci wyjeżdżają, co mogą wyjechać, i którzy przy niewielkiej ofiarności z wygód byliby bardzo na prowincji pożyteczni, mogliby odbudowywać zdrowie Polski, lecz najczęściej jadą ci, co muszą, choć nieraz powinniby byli pozostać w większych ośrodkach klinicznych. W naszych warunkach nawet pytanie np. gdzie wyjechać, przy małej znajomości geografji kraju, jest trudniejsze do rozwiązania, niż n. p. we Francji. Sprawa mieszkaniowa może się stać piętą Achillesa nawet dla dobrego praktyka. Jednostki szukają rozwiązania zadania życiowego, zadaniem organizacji jest oświetlać i torować drogi. Ministerstwo Zdrowia publ. względnie Izby lekarskie mogłyby i powinny wydać krótką geografję lekarską Polski, w której najważniejsze szczegóły, tyczące się gęstości lekarzy różnych miejscowości i połaci kraju, ich nasycenia lekarskiego w stosunku do zapotrzebowania, oddałyby lekarzom i ludności bezwątpienia większe korzyści materjalne, niż snucie projektów na temat »numerus clausus« i błogosławionych jego skutków dla dobrobytu stanu lekarskiego w Polsce. Projekty te, a zwłaszcza przewidywania autora o ich skutkach, tem mniej są realne, że oparte są na domyślnem przypuszczeniu, że kraj nasz w ciągu najbliższych lat kilkunastu pod względem rozwoju mało co będzie się różnił od Bułgarji, z którą obecnie został przyrównany.

A. CIESZYŃSKI. Lwów.

Czy istotnie należy ograniczać nadmierny przyrost lekarzy w Polsce.

(Odpowiedź na artykuły Dra Mieczysława Czarneckiego i Dra Marjana Zemplińskiego).

W pracy swej: »Czy i jak należy zapobiegać nadmiernemu przyrostowi lekarzy w Polsce«, doszedłem do wniosku, że istotnie należy się obawiać nadmiaru lekarzy w Polsce, o ile przyrost ich pójdzie w tempie dotychczasowem. Twierdzenie to znalazło sprzeciw w artykułach powyżej umieszczonych Dra Mieczysława Czarneckiego i Dra Marjana Zemplińskiego.

Dr. Cz. zauważa, że wielka ilość studentów medycyny nie kończy studjów; z 120 kolegów, z którymi wstąpił na 1. rok studjów, ukończyło studja razem z nim tylko około 30. Szanowny Autor zapomina jednak, że reszta kolegów jego opóźniła się w studjach, kończąc studja lekarskie później. Że tak jest a nie inaczej wynika, n. p. ze statystyki podanej w »Pamiętniku Wydziału lekarskiego« U. J. K., wydanym w r. 1920., zawierającym wykaz wszystkich lekarzy promowanych na doktorów medycyny oraz statystykę studentów. N. p. w pierwszem pięcioleciu istnienia Wydziału lekarskiego we Lwowie od roku 1894/95—1898/99. przyjętych zostało razem 166 studentów, ogólna ilość studentów medycyny wynosiła w r. 1898/99 (półrocze zimowe) 155, czyli, że stwierdzamy ubytek 11 studentów. W okresie tym złożyło doktoraty 101; 55 studentów pozostało na półroczu II.—V. Wynika stąd, że przyjęty przezemnie 10% ubytku studentów niekończących studja jest raczej wyższy, aniżeli za niski. W sposób analogiczny można obliczyć ubytek studentów w okresach późniejszych.

A teraz przejdźmy do zasadniczej różnicy poglądów moich i Kol. Czarneckiego.

Kol. Cz. jest zdania, że lekarzy powinno być jak najwięcej oraz, że nigdy nie może być ich za wielu, gdyż ogólny poziom higjeny w Polsce jest niski, istnieje więcej chorób zakaźnych etc., aniżeli gdziekolwiek indziej, w końcu twierdzi Szanowny Autor, że, jeżeli ich nawet byłoby za wiele, to znajdą mogą praktykę, przenosząc się do krajów ościennych n. p. do Rosji, Bułgarji, Jugosławji, gdzie tworzyliby ekspozytury polskiej kultury; w kraju zaś ci lekarze, którzy nie mogą utrzymać się z praktyki, mogą się zająć szerzeniem higjeny społecznej i objąć role wychowawców w zagadnieniach higjenicznych a przytem mogliby zostać gorliwymi pracownikami na niwie społecznej. Niewątpliwie poglądy te są bardzo idealne — niestety jednak za mało realne:

1) Ktokolwiek bowiem obiera sobie jakikolwiek zawód i przygotowuje się do niego nieraz z największym wysiłkiem środków materjalnych, to przeważnie dlatego, ażeby zapewnić sobie i rodzinie byt w przyszłości. 2) Jednostki dzielne w swoim zawodzie znajdą zawsze nawet przy hiperprodukcji praktykę wystarczającą, jednostki zaś przeciętne i o jeszcze niższych kwalifikacjach będą zawsze bliżej nędzy, aniżeli dobrobytu. 3) Jednostki te, które, zdaniem Kol. Cz., będą zmuszone opuścić kraj rodzinny, przyczynią się zapewne w znikomej mierze a często ujemnej, do utworzenia zagranicą dobrej opinji o poziomie kultury polskiej. 4) Inni zaś, pozostając w kraju, nie zapewnią sobie bytu przez pracę zawodową, nie uzyskają tychże warunków egzystencji, oddając się, jak przypuszcza Kol. Cz., nawet pracy społecznej, oświatowej lub uświadamiającej. Jakkolwiek bowiem czynności te z punktu widzenia obywatelskiego zasługują na wszelkie i wysokie uznanie, nie dają jednak środków do egzystencji.

Mylne jest również twierdzenie Kol. Cz., jakoby lekarzom powodziło się obecnie lepiej, aniżeli innym warstwom społecznym; wynika to z zestawienia następującego (tabl. 1.)

Wynika z niego, że niewykwalifikowany robotnik w końcu ubiegłego roku dochodził do 83% przedwojennego zarobku, kwa-

Tablica 1.

Kategorja	Miejscowość	PŁACE			Obliczenie procentowe		
		1 fr. = 1 kor.	1 fr. = 585 Mp.	1 fr. = 4000 Mp.			
		I. 1914. 10 godz. pracy. Korony	II. grudz. 1921. 8 godz. pracy. Marki	III. grudz. 1922. 8 godz. pracy. Marki	I. 1914 %	II. 1921 %	III. 1922 %
Robotnik nieukwalifikowany	Lwów	2	1000	5.000	100%	128%	83%
Robotnik ukwalifikowany	Lwów	4	1900	8.000	100%	100%	60%
Zecer ręczny	Lwów	5	2260	17.000	100%	95%	100%
Urzędnik VIII. rangi po 15 latach służby	Lwów	400	—	45.000	100%	—	27%

lifikowany do 60% — urzędnik do 27%. — W tym czasie honorarja pobierane za zabiegi lekarskie wynosiły 1/3 [1]) u lekarzy-dentystów 1/3, 1/4 w stosunku do wartości przedwojennej cf. praca Dra Atlasa.[2])

Jeżeli przytem weźmie się pod uwagę, że ilość lekarzy w Polsce wzrosła równocześnie nieproporcjonalnie do wzrostu ludności, że zaprowadzono Kasy chorych i t. d., siłą faktów zarobki lekarzy musiały się obniżyć a również ich stopa życiowa. Można o osób inteligentnych oczekiwać redukcji potrzeb osobistych, trudno jednak wymagać od nich, ażeby obniżyły swe potrzeby kulturalne, których zresztą ani robotnik ani wieśniak nie posiada. Tymczasem czasy powojenne zmusiły je również do zredukowania potrzeb kulturalnych a nawet odwodzą niejednych od spełniania obowiązków zawodowych. Pismo naukowe fachowe, jedyne polskie, utrzymać się nie może, jeżeli lekarze oszczędzają nawet na zapłacenie abonamentu; również muszą lekarze odmawiać sobie abonamentu pism specjalnych, gdyż brak im środków na opłacanie 2-go lub 3-go pisma, nieraz bardzo potrzebnego, ograniczając się do prenumeraty jednego tylko pisma zawodowego.

Bardzo wielu lekarzy zastanowiło z powodu braku środków materjalnych prenumerowania pism zagranicznych, przestało wyjeżdżać zupełnie na Zjazdy naukowe, odbywające się w kraju i zagranicą, odmawia sobie wypoczynku letniego po całorocznej pracy. Tylko mała ilość lekarzy — może ich będzie około 20% — może wszystkim swym potrzebom kulturalnym zadość uczynić, a i z tych pozostaje tylko około 10% takich, którzy na wypadek śmierci swej mogą zapewnić byt swym rodzinom.

Lekarz musi wymagać tego od społeczeństwa, by mógł zdobyć dostateczne środki egzystencji, brak ich zmusi go bowiem nieraz do nieetycznego postępowania wobec kolegów, do obniżania honorarjów, by wytrzymać konkurencję. Objaw ten, znamienny dla czasów obecnych, wystąpi jeszcze wyraźniej w latach najbliższych.

We Lwowie n. p. przypada obecnie już 1 lekarz na 471 mieszkańców zamiast 1 na 3.500 jako optimum (we Wiedniu przypada 1 lekarz na 440 mieszkańców). Pomimo tego odpływ na prowincję ze środowisk większych jest stosunkowo mały, a odpływ lekarzy za granicę równa się zeru. Przeciwnie, setki nostryfikantów, którzy ukończyli studja zagranicą, przeważnie we Wiedniu, czekają na nostryfikację dyplomu, ażeby uzyskać w Polsce, a nie w innem państwie sąsiedniem, prawo wykonywania praktyki, a żaden z nich nie myśli o obraniu tej drogi, która byłaby tak dla niego, jak i dla Państwa i narodu polskiego jak najkorzystniejsza.

Kol. Zempliński porusza w swoim artykule głównie dwie sprawy, sprawę nostryfikantów i sprawę »numerus clausus«.

Co do pierwszej godzę się w zupełności z kol. Z., że nostryfikacja dyplomów powinna polegać »na wzajemności« danych państw. Niestety nie może sposób ten w praktyce doznać zastosowania. Nie posiadamy bowiem poddanych obcych i niemców austrjackich, którzyby kształcili się u nas i starali się nostryfikować dyplomy polskie na uniwersytetach austrjackich. Natomiast mamy setki nostryfikantów, poddanych polskich, którzy przeważnie kształcili się we Wiedniu nie ze względów ideowych, by tam właśnie osiągnąć jak najlepsze wykształcenie fachowe, ale przeważnie dlatego, że nie zostali przyjęci na uniwersytet polski z powodu przepełnienia lub też dlatego, że woleli przebywać zagranicą, podczas gdy polska młodzież walczyła o byt i niepodległość swojej Ojczyzny.

Niesłuszne jest, jak sądzę na podstawie pewnych danych i doświadczenia uniwersyteckiego, twierdzenie kol. Z., że przez ograniczenia stosowane wobec nostryfikantów ucierpiałby stan lekarski lub nauka polska.

Co zaś dotyczy »numerus clausus« — stawia kol. Z. bardzo śmiałe i wcale nieudowodnione hypotezy co do niezwykłej wartości moralnej i intelektualnej ewentualnie nieprzyjętych kandydatów a zarazem imputuje młodzieży przyjętej na studja lekarskie bardzo niski poziom intelektualny i niski poziom moralny, mówiąc, że przyjęci na studja lekarskie będą »pod każdym względem ograniczeni, o nizkiej wartości moralnej«.

Twierdzenia te są tak dalece bezpodstawne, że nie będę ich nawet zbijał. Przeciwnie: mogę twierdzić, że w razie ograniczenia ilości przyjętych studentów mogą Wydziały lekarskie przeprowadzić wybór najbardziej kwalifikujących się na podstawie przedłożonych świadectw, mogą przedewszystkiem uwzględnić dobrze przygotowanych w naukach przyrodniczych a na podstawie egzaminu kwalifikacyjnego, psychologicznego, uwzględnić nietylko zdolności intelektualne ale i osobistą zręczność i zmysł praktyczny, potrzebny każdemu lekarzowi nawet do najprostszych zabiegów.

W końcowym ustępie twierdzi kol. Z., że przewidywania moje co do hiperprodukcji lekarzy są nierealne, gdyż opierają się na domyśle, że kraj nasz w ciągu najbliższych lat nie będzie się »różnił od Bułgarji«. Zdanie to świadczy o braku zrozumienia moich wywodów. Co do mnie twierdziłem jedynie na podstawie danych statystycznych, których kol. Z. przeistoczyć nie może, »że z wymienionych państw europejskich jedynie Bułgarja posiada większą ilość ludności zajętej na roli« oraz »że danych statystycznych co do ilości lekarzy w innych państwach europejskich nie można przenieść bezpośrednio do potrzeb naszego kraju«.

Krytykę kol. Z., odnoszącą się do sposobu nauczania na uniwersytetach, pomijam zupełnie, gdyż nie dotyczy ona spraw poruszanych przezemnie.

Uwaga zaś kol. Z., że trudno obrać miejsce osiedlenia młodemu lekarzowi z powodu »małej znajomości geografji kraju« brzmi cokolwiek dziwnie, gdyż należy wymagać od kulturalnego człowieka, a więc i lekarza, znajomości swego kraju narodu, a zatem i geografji.

Przypuszczam jednak, że koledze Z. nie chodzi tyle o znajomość geografji, jak o wykaz miejscowości, zawierający ilość mieszkańców, ilość praktykujących lekarzy, ilość felczerów, akuszerek, lek.-dentystów i techn.-dentystycznych, aptek, ilość członków Kasy Chorych, ilość zakładów naukowych średnich oraz ilość większych folwarków okolicznych; na podstawie takich danych możnaby się zorjentować co do zapotrzebowa-

[1]) Honorarja opłacane od włościan równają się tylko wysokości przedwojennej wówczas, o ile lekarze pobierają je w realjach, produktach rolnych. — Ten sposób jest tylko przeprowadzalny na prowincji w małych miasteczkach. Ilość lekarzy na prowincji jest jednak znikomo niska w stosunku do ilości lekarzy osiadłych w centrach.

[2]) Dr. Atlas. Wzrost drożyzny w latach powojennych a taryfa lekarsko-dentystyczna. Polska Dentystyka 1923. 2. str. 102.

nia lekarzy. Sprawa ta jest istotnie ważna i należy do kompetencji związków lekarskich zawodowych.

Wydanie takich wykazów orjentacyjnych, analogicznie do ukazujących się w Niemczech, nie załatwi jednak sprawy hiperprodukcji lekarzy zasadniczo i nie powstrzyma nadmiernego dopływu studentów na I. rok studjów: młodzi bowiem adepci medycyny przekonają się dopiero wówczas o hyperprodukcji istniejącej, gdy studja ukończą i będą mieli wstąpić w życie praktyczne. Nawet przy nadmiernej ilości lekarzy małe miejscowości pozostaną bez lekarzy, podobnie jak w Austrji, gdyż młodzi lekarze poszukują praktyki w miastach większych nietylko dlatego, by osiągnąć środki potrzebne do życia, ale też by mieć atmosferę, obfitującą w najprzeróżniejsze rozrywki. Najczęściej brak środków do życia i twarda rzeczywistość skierowuje ich, dopiero po niepomyślnych próbach w miastach wielkich, do miejscowości prowincjonalnych, a nie chęć niesienia pomocy ludzkości z ideowych pobudek.

Poglądy idealne na praktykę lekarską, chęć udzielania bezpłatnej pomocy ubogim, spotykamy natomiast najczęściej u lekarzy o wybitnej praktyce, mających własny byt zapewniony i mogących bez uszczerbku dla siebie i swoich rodzin czas swój i swą wiedzę poświęcać w niejednym przypadku bezinteresownie.

Chwila przełomowa, w której da się odczuć fatalnie hiperprodukcja lekarzy, zbliża się; za niespełna lat 5 dojdziemy do optimum, a wówczas o gwałtownem powstrzymaniu hieprprodukcji myśleć będzie za późno. To, czego się obawiamy, już nastąpiło w Austrji niemieckiej. Wydział lekarski wiedeński, który produkował rocznie przeszło 200 lekarzy w latach ostatnich, obliczył, że na przyszłe lata wydziały lekarskie wszystkich uniwersytetów austrjackich, razem wziąwszy, mogą przyjąć na I. rok szkolny tylko 30 (trzydziestu) studentów, ażeby istniejącej hiperprodukcji przeciwdziałać*). Oznacza to upadek stanu lekarskiego i upadek wydziałów lekarskich.

*) Według informacji, udzielonych mi przez prof. Dr. Weisera.

Przegląd piśmiennictwa.

Medycyna wewnętrzna.

Bull. et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Nr. 3. 1923.

Sterian. **O leczeniu powikłań rzeżączki surowicą Steriana** (wielodrobnoustrojowa wielowartościowa antigonokokowa). Autor przedstawia dwa przypadki ciężkiego powikłania rzeżączki, wyleczone surowicą Steriana. W jednym przypadku chora miała z rzeżączką powikłania stawowe. Po miesiącu nie było żadnej poprawy pomimo stosowania różnego rodzaju zabiegów, jak unieruchomienie w łóżku, kąpiele świetlne, surowica przeciwgonokokowa Dmégon. Natomiast, gdy zaczęto stosować surowicę Steriana wyniki lecznicze były zdumiewające. Stosowano 15 cm^3 podskórnie co 2 - 3 dzień. Już po pierwszym zastrzyku bóle znacznie się zmniejszyły, następnie ruchy w stawach wracały i po 4 zastrzykach na 23 dzień tego leczenia chora opuściła szpital zdrowa.

W drugim przypadku była obustronna adnexitis gonorrhoica, grożąca przebiciem do otrzewnej. Chora dostała 6 podskórnych zastrzyków surowicy Steriana i po miesiącu była zdrowa.

Autor stosuje swą surowicę w różnego rodzaju powikłaniach rzeżączki już od lat 6 w Rumunji i od 27 miesięcy w szpitalach francuskich, ogółem w 278 przypadkach. Tylko w 21 przypadkach leczenie nie powiodło się, a to bądź wskutek niedostatecznej ilości użytej surowicy, bądź też wskutek zapalenia stawów w okresie zesztywnienia lub wreszcie wskutek niedokładnego rozpoznania. Na samym początku, stosując surowicę nienagrzaną, autor miewał przypadki gwałtownego odczynu posurowiczego. Obecnie, nagrzewając swą surowicę do 60° w przeciągu godziny przez 3 dni, autor tych gwałtownych zaburzeń posurowiczych już nie otrzymuje. W razie zaś wystąpienia choroby posurowiczej objawy jej znikały po ponownem zastrzykiwaniu tejże samej surowicy z jednoczesnem wstrzykiwaniem 2 razy dziennie po 0,0025 ergotyny. *F. Eisenfarb* (Warszawa)

Nr. 5. 1923.

F. Ramond, G. Paturier i P. Zizine. **Przyczynek do glikolizy w raku żołądka i jej znaczenie rozpoznawcze.** Pociąg chorych z rakiem żołądka do cukru w szczególności i do węglowodanów wogóle skłonił autorów do zbadania krwi takich chorych na glikolizę.

Brano od chorego po 5 cm^3 krwi i badano ją na cukier zwykłą metodą ilościową w pięciu różnych porcjach. Pierwszy cm badano bezpośrednio, drugi cm w 2 godziny po pierwszym, trzeci w cztery godziny po pierwszym, czwarty po 6 godzinach, a piąty cm po 24 godzinach.

Z otrzymanych wyników autorzy wnioskują, że krew chorych na raka żołądka przedstawia znaczne zwolnienie glikozy, zupełnie tak, jak bywa w cukrzycy. Jednak zjawisko to nie jest czemś charakterystycznem wyłącznie dla raka i cukrzycy, bo spotyka się je także w charłactwie. Nie jest to więc objawem rozstrzygającym, lecz w przypadkach wątpliwych może stanowić wczesny objaw rozpoznawczy. Achard w dyskusji był zdania, że nie wszystkie raki dają zwolnienie glikolizy, a jeżeli ono istnieje, to ani umiejscowienie nowotworu ani stopień wyniszczenia nie ma znaczenia i nie jest konieczne, by to zwolnienie wystąpiło. *F. Eisenfarb* (Warszawa)

F. Ramond i P. Zizine. **Poszukiwanie ciał autolitycznych w zastosowaniu do wczesnego rozpoznania raka żołądka.** Badanie histologiczne tkanki rakowej wykazuje, że komórka nowotworowa prędko podlega rozpadowi autolitycznemu; dlatego znajdujemy we krwi i w moczu produkty tego rozpadu autolitycznego. Są to ciała aminowe, polipeptydy które wprawdzie już w warunkach fizjologicznych istnieją, lecz w ilościach minimalnych.

Autorzy badali wyżej wspomniane ciała w surowicy, określając mocznik metodą wagową, azot całkowity i azot resztkowy, ten ostatni przez odejmowanie od azotu całkowitego ilości mocznika. Te same ciała określali w moczu metodami zwykłemi. Badania przeprowadzone u chorych nie rakowatych i u chorych rakowatych, przy wyłącznej djecie 2 litrów mleka na dobę dla wszystkich chorych, dały wyniki następujące: 1) u chorych rakowatych wszystkie ciała azotowe znajdują się w ilości większej w surowicy krwi i w moczu, niż u nierakowatych; 2) stosunek azotu aminowego do azotu całkowitego w moczu dochodzi u rakowatych do 5·46, norma zaś jest 1·63. Dane te jednak spotykamy nie wyłącznie u rakowatych, lecz również i przy szybkich wychudnięciach i przy kwasicach (diabetycznej, z wewnętrznego ropienia, z gorączki długotrwałej). Jednak przy możności wykluczenia innych przyczyn dane te bezwarunkowo przemawiają za rakiem żołądka, i to wcześniej, niżby to można było wykryć innemi metodami.

P. Loeper w swej replice, uznając dokładność podanej metody, uważa jednak, że badania te mogą potwierdzić istnienie raka już rozległego i rozpadającego się, nie będą natomiast w stanie wykazać raków początkowych małej wielkości, nie rozpoznawanych innemi metodami, co właśnie jest najważniejsze. *F. Eisenfarb* (Warszawa)

F. Ramond, Janet i M. Lévy. **Przyczynek do terapji rzeżączkowego zapalenia stawów.** Ostre ropne rzeżączkowe zapalenie stawów podlega leczeniu chirurgicznemu i wczesnemu unieruchomieniu, natomiast zapalenia stawów podostre i puchlina stawowa podlegają leczeniu wewnętrznemu, wymagając mianowicie: nakłucia stawu z następową wakcynoterapją, autoseroterapją, seroterapją surowicą Steriana lub Nicolle'a. Autorzy w 3 przypadkach wypróbowali z wynikiem bardzo zadowalniającym własną metodę, łatwo dającą się zastosować i bardzo pożyteczną w przypadkach, gdzie niema surowicy przeciwwiewiórowej pod ręką.

Leczenie tą metodą należy rozpocząć jak najwcześniej i natychmiast przystępować do uruchomienia mechanicznego biernego, nie zważając na bóle. Przedewszystkiem robi się grubym trójgrańcem nakłucie stawu; następnie można przemyć staw roztworem 200/$_{00}$ Natrii citrici. Zaraz potem wpuszcza się do stawu powietrze wyjałowione zapomocą sączenia go przez watę i to w takiej ilości, by rozciągnąć wszystkie zakątki i oddalić od siebie powierzchnie kostne. Powietrze działa znieczulająco, opóźnia wytwarzanie się płynu i zesztywnienia. Zaraz potem przez ten sam trójgraniec wpuszcza się do jamy stawowej 10 cm^3 oliwy jodowej w zapaleniu ostrem,

a 5 cm³ w zapaleniach podostrych; wreszcie nakłada się na staw opatrunek uciskowy. Po 24 godzinach należy staw uruchomić. Wpuszczanie powietrza i oliwy jodowej powtarza się po 3—4 dniach. *J. Eisenfarb* (Warszawa).

Archives of internal medicine.

Vol. 30. Nr. 6.

J. Capps i G. Colleman. **Spostrzeżenia doświadczalne w sprawie umiejscowienia uczucia bólu na otrzewnej przeponowej i ściennej.** Po miejscowem znieczuleniu skóry brzucha, autorzy przekłuwali powłoki brzuszne trójgrańcem. Następnie wprowadzali długi srebrny drucik wyjałowiony, którym drażnili w różnych miejscach otrzewnę. Jeden koniec drucika był tępy, drugi ostry. Do doświadczeń używano osobników z puchliną wodną, bądź takich, którym uprzednio wpuszczono do jamy brzusznej około 4000 cm powietrza. Autorzy wyprowadzają następujące wnioski:

1) Otrzewna ścienna w częściach środkowych oraz bocznych jest czuła na ból, wywołany bądź silnym uciskiem gładkiego końca drutu, bądź bardzo delikatnem dotknięciem zaostrzonego końca.

2) Chorzy umiejscawiają ból zupełnie dokładnie w granicach błędu mniejszych od jednego cala.

3) Spostrzeżenia autorów potwierdzają zdanie Ramströma i Lennandera, że otrzewna ścienna jest pozbawiona czucia ucisku.

4) Ból wywołany przez drażnienie otrzewnej przeponowej nie jest umiejscawiany w samej otrzewnej, lecz bywa przenoszony na pewną odległość. Drażnienie obwodowych części otrzewnej przeponowej powoduje rozlany ból w okolicy dolnej części klatki piersiowej i części nadpępkowej ściany brzucha. Drażnienie środkowych części otrzewnej przeponowej powoduje ból zwykle w dość ściśle odgraniczonym punkcie mięśnia kapturowego. Bezwątpienia ból w tych razach przenosi się drogą nerwu przeponowego do korzonków szyjnych, a stąd poprzez nerwy czuciowe skórne, wychodzące z 4. odcinka szyjnego, do mięśni karku. *A. Spiro.*

J. Buckstein. **Trawienie tkanki łącznej.** Autor w celu przekonania się, czy trawienie tkanki łącznej może się odbywać bez udziału soku żołądkowego opracował metodę, zapomocą której stwierdził, że trawienie tkanki łącznej może się odbywać w jelitach cienkich i nie zależy zupełnie od czynności żołądka.

Opierając się na powyższem, autor wysnuwa wniosek, iż obecność lub brak tkanki łącznej w stolcach nie rzuca żadnego światła na sprawność wydzielniczą żołądka. *A. Spiro.*

W. Miles, H. Root. **Zaburzenia psychiczne u chorych na cukrzycę.** Autorzy zajęli się zbadaniem 40 chorych na cukrzycę. Stwiedzili oni, co następuje: chorzy często skarżą się na osłabienie pamięci i trudności w skupieniu uwagi. Najwyraźniejsze zmiany dotyczą aparatu nerwowo-mięśniowego. Np. chory na cukrzycę wolniej obraca gałkami ocznemi; jeżeli kazać mu uderzać palcem, wykona on w jednostce czasu mniej uderzeń, niż człowiek normalny; również ręka nie tak sprawnie chwyta przedmiot, znajdujący się w ruchu. Zaburzenia te zwykle poprawiają się wraz ze stanem ogólnym. *A. Spiro.*

Gruźlica.

La Riforma Medica.

Nr. 1. i 5. 1923.

Umberto Baccarani. **O gorączce gruźliczej w przewlekłem zapaleniu opłucnej.** Jednem z najbardziej subtelnych zagadnień djagnostyki jest długotrwała gorączka, bez widocznego wpływu na ogólny dobry stan chorego, bez zmian anatomicznych i bez wszelkich danych laboratoryjnych. B. proponuje nazwać podobne stany gorączkami dysgenetycznemi. Autor na równi z Mantoux miał możność dokładnego zbadania tego rodzaju chorych i wyświetlić przyczynę gorączki. Podczas gdy Mantoux opisał przewlekłą gruźliczą gorączkę z suchem zapaleniem opłucnej, autor obserwował także gorączkę z płynnym wysiękiem. W przypadku Mantoux chora 35 letnia mężatka anemiczna i nieco wychudzona, miała stale temp. 37,2—38. Badanie fizykalne wykazywało nieznaczne »blaszki pleurytyczne« i tarcie. Z objawów podmiotowych — nieznaczne bóle w piersiach i osłabienie. Kaszlu, dolegliwości żołądkowych, zaburzeń w narządach rodnych nie było. Podczas miesiączki gorączka i objawy fizykalne każdorazowo zmniejszały się. Leczenie klimatyczne poprawiało jej stan ogólny, nie wpływało jednak na stan gorączkowy. W przypadku autora chora, 18 letnia dziewczyna, przyszła ze skargami na osłabienie, brak apetytu i schudnięcie. Kaszlu, bólu w piersiach, zaburzeń żołądkowych nie było. Jakiegobądź związku między miesiączkowaniem i stanem gorączkowym autor nie zauważył. Gorączka zmniejszała się tylko wtedy, gdy chora leżała dłuższy czas. Dokładne badanie wykazało nieznaczne zaostrzenie oddechu nad obydwoma szczytami i nieznaczne zapalenie wysiękowe lewej opłucnej. Autor zwraca uwagę, że rozpoznanie w podobnych przypadkach nasuwa pewne wątpliwości, gdyż pod temi samemi objawami mogą ukrywać się inne sprawy chorobowe, naprzykład, w jednym z przypadków autora — zapalenie podostre woreczka żółciowego.

W. Arciszewski (Warszawa).

V. Cassini. **O gniciu jelitowem w gruźlicy.** Gnicie jelitowe w gruźlicy było przedmiotem badań wielu autorów, ponieważ powoduje ono rozmaite zaburzenia w różnych układach i narządach, jakoto w układzie nerwowym, krwi, wątrobie, nerkach. Gnicie przejawia się w powstawaniu ciał aromatycznych: indolu, fenolu, skatolu, krezolu, które, łącząc się z kwasem siarczanym w wątrobie, zostają wydalane pod postacią związków siarczanych. Autor oparł się nie wyłącznie na ilości indykanu, jak to czyniło wielu innych badaczy, lecz i na ilości związków siarki, obecność jednoczesna tych dwu czynników świadczy bowiem zawsze o zwiększonem gniciu jelitowem. Indykan autor określał metodą kolorymetryczną, a siarkę w rozmaitych jej połączeniach metodą Salkowskiego. Celem udogodnienia badań, podzielił chorych na 4 grupy: gorączkujących z zaburzeniami żołądkowo-jelitowemi, gorączkujących bez zaburzeń żołądkowo-jelitowych, niegorączkujących z zaburzeniami żołądkowo-jelitowemi i niegorączkujących bez zaburzeń żołądkowo-jelitowych W przypadkach gruźlicy z zaburzeniami żołądkowo-jelitowemi ilość indykanu i związanego kwasu siarczanego była stale zwiększona. Również zwiększa się ilość tych ciał w przypadkach gruźlicy z gorączką bez zaburzeń trawiennych. W przypadkach gruźlicy bez gorączki i bez zaburzeń żołądkowo-jelitowych ilość indykanu i kwasu siarczanego nie przekracza normy. Zwiększenie się ilości produktów rozpadu w gruźlicy przebiegającej z gorączką, lecz bez zaburzeń żołądkowo-jelitowych, tłómaczy się działaniem jadów gruźliczych. Chorzy, którzy się lepiej czuli, mieli tylko nieznaczne ilości indykanu i kwasu siarczanego. Na podstawie tych spostrzeżeń autor wnioskuje, że dla określenia stopnia gnicia jelitowego należy ustalić ilość kwasu siarczanego i jednego z ciał aromatycznych, i że w gruźlicy z zaburzeniami żołądkowo-jelitowemi sprawy gnilne są zawsze wzmożone. *W. Arciszewski* (Warszawa).

Chirurgja.

Bull. et mem. de la Société de Chirurgie.

Nr. 25. 1922.

Chaton. **Wrzód żołądka leczony przez wycięcie splotów nerwowych okołotętniczych.** W trzech przypadkach wrzodu żołądka na krzywiźnie małej, wykonał autor wycięcie splotów nerwowych okołotętniczych wraz z odcinkiem tętnicy wieńcowej żołądkowej; w każdym przypadku wykonał jednocześnie zespolenie żołądkowo-jelitowe tylne. Wynik doraźny był bardzo dobry — bóle ustały natychmiast i na stałe. Badanie promieniami Roentgena w 3 miesiące po operacji wykazało brak uchyłka, odpowiadającego wrzodowi przed operacją, co ma, zdaniem autora, świadczyć o wygojeniu się wrzodu.

Reverchon i Worms. **Pneumatocele occipitalis.** W sześć miesięcy po nieznacznym urazie w okolicy potylicowej powstał guz stojący w związku z kością, wielkości mandarynki, dochodzący aż do wyrostka sutkowego. Przy operacji okazało się, że guz składał się z całej masy większych i mniejszych komórek kostnych, wypełnionych powietrzem, światło tych komór wzajemnie komunikowało ze sobą i jakby korytarzem kostnym było połączone z komorami wyrostka sutkowego. Ściany zewnętrzne tych komór usunięto, dno

wygładzono, przegrody poszczególnych komór usunięto; korytarz wypełniono płatkiem okostnowokostnym i całą ranę zaszyto. Zagojenie przez rychłozrost. Badanie histologiczne ścianek kostnych komór nie wykazało żadnych zmian, świadczących o przyrodzie zapalnej całego procesu; autorowie są skłonni widzieć tu sprawę wrodzoną, gdzie uraz odgrywał podrzędną rolę momentu przyśpieszającego pęknięcie przegródek kostnych poszczególnych komór powietrznych i powiększenie się samego guza.

Delbet. **W sprawie nawrotów po operacji raka sutka.** Częstość nawrotów, zdaniem D., nie zależy ani od wymiarów guza, ani od długości trwania sprawy nowotworowej, ale głównie od przyrody samego nowotworu. A więc istnieją raki, które odznaczają się szczególnem powinowactwem do narządów wewnętrznych lub też do kości, występując pierwotnie w piersi, dają bardzo wcześnie przerzuty w narządach wewnętrznych lub kościach. W tego rodzaju przypadkach chirurgja jest bezsilną. Do drugiej grupy raków sutka zalicza D. takie raki, które szczególnie szybko rozwijają się jako przerzuty w najbliższych gruczołach limfatycznych tak, że pierwotne ognisko nowotworowe w samym sutku może być znacznie mniejsze, niż przerzuty w gruczołach. Trzecią grupę stanowią te raki, które rozwijają się w samym sutku, rzadko i bardzo późno dając przerzuty w gruczołach i narządach odległych; czwartą grupę stanowią te przypadki, gdzie przebieg jest klasyczny, tj. bujanie miejscowe, potem zajęcie gruczołów, wreszcie uogólnienie sprawy nowotworowej. Wobec tego, nie znając przed operacją natury raka, w każdym przypadku należy wykonywać zabieg doszczętny w najszerszem tego słowa znaczeniu; pod tym względem wskazuje D. na doniosłość wyłuszczania gruczołów nadobojczykowych, które w 30% przypadków mają połączenia wprost z sutkiem z pominięciem gruczołów pachowych. Szerzenie się przerzutów odbywa się nie tylko drogą naczyń chłonnych, ale też często drogą krwi, czego dowodzą przypadki z przerzutami w kościach; prace histologiczne z kliniki D. potwierdzają to również. Skóra bywa bardzo często i wcześnie zajęta, jak również powięź m. piersiowego wielkiego, sam mięsień bardzo rzadko; usuwa go D. głównie dla łatwiejszego dostępu do gruczołów. Pomimo stosowania »rozszerzonej« metody wyłuszczania sutka z gruczołami występują nawroty — decyduje o tem, zdaniem D., przedewszystkiem natura nowotworu.

Tuffier. **W sprawie nawrotów po operacji raka sutka.** Kwestję skuteczności pewnej metody operacyjnego leczenia raka można oprzeć na dokładnej statystyce, która w dzisiejszych warunkach w Europie zwykle bywa nieścisła, ze względu na to, że nie można zebrać dokładnych danych o chorych po opuszczeniu przez nich szpitala. W Ameryce istnieje organizacja »Follow up.«, która zajmuje się prowadzeniem ewidencji wszystkich chorych po operacji raka. Co się tyczy techniki operacyjnej, zwłaszcza t. zw. rozszerzonych zabiegów, to one nie decydują o powstawaniu nawrotów; to, co uważamy za nawroty, są to najczęściej części nowotworu nieusunięte lub też w czasie operacji wszczepione w ranę operacyjną, lub do otwartych naczyń chłonnych przy ich wyłuszczaniu. Uraz nowotworu, czy to operacyjny, czy też zwykły, może powodować rozsianie się komórek nowotworowych po całym organizmie; nieodpowiednie stosowanie leczenia promieniami X może mieć analogiczny skutek; uogólnienie sprawy nowotworowej może być wreszcie zależne od natury pierwotnego ogniska nowotworowego.

Sebilleau. **W sprawie zeszywania rozszczepu podniebienia.** S. występuje w obronie metody Baizeau-Langenbecka. Niepowodzenia zależą od złych warunków anatomicznych, poprzedzających operację, mianowicie od niedorozwoju mięśni, zawiadujących ruchami podniebienia miękkiego. Operacja jako taka może upośledzić również ruchomość i dlatego należy dbać o należyte odżywianie płatów i wystrzegać się skaleczenia tętnicy podniebiennej tylnej; dalej zapobiegać należy zakażeniu pola operacyjnego przez usuwanie lub leczenie zębów spróchniałych, wyrośli adenoidalnych i powiększonych migdałków; płaty należy oddzielać bardzo ostrożnie i delikatnie, lecz niemniej na znacznej przestrzeni, ażeby przy zeszywaniu nie było żadnego napięcia płatów bocznych. Szwy zakłada S. jedwabne, dla ochrony szwów przed naciskiem języka przy połykaniu stosuje S. aparacik w rodzaju protezy zębowej.

Mondor. **Dwa przypadki przedziurawienia wrzodu żołądka, leczone operacyjnie z dobrym wynikiem.** Pierwszy przypadek dotyczył mężczyzny lat 41; był operowany w 5 godzin od przedziurawienia w stanie ciężkim; oprócz zeszycia otworu wrzodu w okolicy odźwiernika wykonano zespolenie żołądkowo-jelitowe. W drugim przypadku, dotyczącym osobnika lat 72, wykonał M. tylko zeszycie wrzodu. W dyskusji Lecène występuje przeciwko twierdzeniu Duvala, który utrzymuje, że w analogicznych przypadkach wycięcie wrzodu lub też wycięcie żołądka jest metodą operacyjną »z wyboru«. Wycięcie wrzodu nie zapobiega bowiem nawrotom i Eiselsberg spostrzegał je w 9 przypadkach na 60. Wycięcie wrzodu zaleca L. w tych przypadkach, gdzie brzegi wrzodu są twarde, bliznowate, przy rakach. Gregoire zaleca wycinać wrzody stare, bliznowate; ulcus simplex wymaga, zdaniem Gregoire, tylko zeszycia.

Auvray. **Przypadek zwichnięcia kości sprychowej połączonego ze złamaniem kości łokciowej.** W dwa dni po wypadku wykonał A. zeszycie odłamków kostnych zapomocą płytek metalowych, jednocześnie odprowadził zwichnięcie; w 2 miesiące po operacji wynik czynnościowy był zupełnie dobry, skala ruchów prawie normalna. Hallopeau w dyskusji zaznacza, że pod względem czynnościowym w przypadkach zwichnięć powikłanych złamaniem ważniejsze jest złamanie, niż zwichnięcie, czyli, że zasada Kirnessona, który głosił, że »złamanie jest niczem«, a wszystko zależy od zwichnięcia, powinno uledz zmianie. Przy operacyjnem leczeniu złamań stawów — zwichnięcie zostaje usunięte mimo woli.

Auvray. **Przypadek rzeżączkowego zapalenia stawu łokciowego, leczony surowicą przeciwrzeżączkową.** Ostre zapalenie stawu z wysiękiem ropnym, po wypuszczeniu tegoż przez nakłucie, leczone 2 zastrzykiwaniami dostawowemi surowicy przeciwrzeżączkowej. Pierwszy raz 3. dnia od wystąpienia objawów 6 ccm, drugi raz 5. dnia 11 ccm. Do siedmiu dni obrzęk w zupełności ustąpił, temperatura spadła do normy, bolesność pierwotnie bardzo znaczna ustąpiła i powróciła zupełna zdolność do ruchów biernych i czynnych. Przy zastrzykiwaniach dostawowych pozostającą zawsze ilość surowicy z ogólnej ilości 20 ccm wstrzykiwał śródmięśniowo. Z ustąpieniem objawów stawowych ustał zupełnie równocześnie wyciek z cewki moczowej. *T. Ostrowski* (Lwów).

Bull. of the Johns Hopkins Hospital.

Zeszyt XXXIII Nr. 375 i 376. 1922.

W. E. Dandy. **Leczenie nieotorbionych guzów mózgu zapomocą rozległego wycinania w tkankach zdrowych.** 80% guzów mózgu i móżdżku stanowią glejaki, które występują zazwyczaj w postaci nieotorbionej, rozlanej. Dotychczas powszechnie utrzymywano, że nie nadają się one do zabiegu operacyjnego. Jednakowoż nowsze prace, a między innemi także autora, zaprzeczają temu mniemaniu. W całym szeregu przypadków autor usuwał guzy, wycinając je w zdrowych tkankach, przyczem albo wcale nie spostrzegał objawów wypadnięcia czynności mózgu, albo też występujące zaburzenia istniały tylko przejściowo. Usuwał tedy w całości prawy lub lewy płat czołowy bez jakichkolwiek dostrzegalnych zmian w sferze intellektu, prawy płat skroniowy i potyliczny itd. Naogół w 10 przypadkach, zastosował całkowite wycięcie jednego lub dwu płatów półkul mózgowych — zawsze z wynikiem pomyślnym. Najrozleglejsze wycięcie dokonane było u dwóch chorych nieprzytomnych, którzy po pewnym czasie zupełnie odzyskali zdrowie. Określenie ilości zdrowej tkanki mózgowej, która powinna być wraz z guzem usunięta, zależeć będzie w każdym przypadku od umiejscowienia, wielkości i charakteru guza.

Podobnie przedstawia się sprawa z glejakami móżdżku. I tu rozległe wycinanie wraz z tkanką zdrową daje dobre wyniki. Trzy razy usuwał autor robaka (vermis) w całości bez jakichkolwiek objawów następowych. W dwóch przypadkach wycięto robaka wraz prawie z połową półkuli móżdżku.

Chorzy ci obecnie, a więc w cztery lata po dokonanym zabiegu, mają się zupełnie dobrze.

Autor uważa za bezużyteczny zabieg w okolicy, położonej ku tyłowi od brózdy Rolanda, podobnie bezcelowe jest wycinanie lewego płata skroniowego. Trzykrotnie wycinał też guzy w okolicy Broca na głębokości 2—3 cm. Natychmiast po zabiegu miała miejsce niemota ruchowa, która jednakowoż znikła po upływie 10 dni i chorzy stopniowo wrócili do zdrowia. W kilku przypadkach wycinano też częściowo komory, zabiegi te naogół były znoszone dobrze, jeżeli tylko skóre i opony dokładnie przed otwarciem komór osłonięto.

Ważną jest przytem rzeczą wczesne określenie siedliska guza. Usuwanie guzów, których siedlisko ustalone zostało przed zjawieniem się porażeń, znakomicie porażeniom zapobiega, jeśli zaś istniały już w chwili operacji, to zazwyczaj znikały lub znacznie się zmniejszały po wycięciu guza. W końcu zwraca autor uwagę na konieczność oszczędzania mózgowia zdrowego i na niezbędność dokładnego opanowania krwawienia. *J. Mossakowski* (Warszawa).

W. E. Dandy. **Metoda oświetlania komór mózgowych.** (Ventriculoscopia). Obecnie istniejące sposoby badania zawartości wewnątrzczaszkowej zazwyczaj wystarczają, oświetlanie więc komór stosuje się w wyjątkowych przypadkach. Istnieją jednakże cierpienia, w których bezpośrednie oglądanie komór może dostarczyć danych, rozstrzygających o rozpoznaniu. Technika tego sposobu polega na uprzedniem wprowadzeniu do komór wody i powietrza, poczem wprowadzamy przyrząd, podobny z budowy do cystoskopu, nieco szerszy od zwykłej igły do nakłucia komory.

Autor stosował oświetlanie komór bocznych w dwóch przypadkach; w jednym uczynił to zapomocą małego cystoskopu, w drugim użyty był specjalny operacyjny wentrikuloskop w celu usunięcia splotu naczyniowego. Obie próby oświetlenia częściowo tylko uwieńczył dobry wynik z powodu, że oba przyrządy niedość dobrze były skonstruowane. Atoli można było dość dokładnie widzieć całe wnętrze bocznej komory, otwór Monroa, przegrodę przeźroczystą z licznemi w niej otworkami, a nadto całą długość splotu naczyniowego, zawierającego kłębek. Widoczne też były dokładnie naczynia krwionośne, przebiegające w ścianie komory. W jednym przypadku autor spostrzegał nieprawidłowy otwór w ścianie komory, który, zdaniem jego, mógł stanowić wrota dla powstania przepukliny mózgowej. *J. Mossakowski* (Warszawa).

W. E. Dandy. **Postępowanie operacyjne w wodogłowiu.** Autor utrzymuje, że przewężenia, względnie zupełna niedrożność wodociągu Sylwiusza, ma skłonność do nawrotów, tak, że usiłowania przywrócenia światła wodociągu pozostają bezskuteczne. Z tego powodu, ażeby osiągnąć wyleczenie wodogłowia, należy sierować prąd płynu mózgowo-rdzeniowego do prawidłowych łożysk drogami bocznemi, z pominięciem wodociągu Sylwiusza. Osiągniemy to wówczas, jeżeli zniszczymy podstawę trzeciej komory. W tym celu zapomocą niewielkiego otworu w skórze i oponie twardej dostajemy się do czołowego płatu mózgu, który następnie unosimy ku górze dopóty, dopóki nie stanie się dobrze widoczną rozerwana w ten sposób podstawa trzeciej komory. Otwór w podstawie trzeciej komory umożliwia odpływ płynu z rozszerzonych komór bocznych, który w ten sposób ma drogę otwartą do normalnie istniejących cystern, t. zn. do cysterny w miejscu skrzyżowania nerwów wzrokowych i cysterny między komorami mózgu. Zabieg ten jednakowoż często zawodzi, albowiem płyn mózgowo rdzeniowy ostatecznie spływa do przestrzeni pod oponą twardą, gdzie, zdaniem autora, wchłanianie jest o wiele słabsze, aniżeli w komorach. Nadto otwór w tkance mózgowej często się zatyka lub nawet zarasta, chyba że znaczna część tej tkanki uległa zniszczeniu. Autor stosował metodę tę w 6 przypadkach. Dotychczas nie ziściła ona pokładanych nadziei. *J. Mossakowski* (Warszawa).

Choroby skórne,

Dermatologische Zeitschrift.

Tom 37. Nr. 1/2.

Strempel R. **Serologiczne rozpoznawanie kiły przy pomocy odczynu zmętnienia Dolda i Meinickego.** Odczyn Dolda wykonywał autor równocześnie z odczynami Wassermanna, Sachsa — Georgiego i Meinickego (D. M.), łącznie w 1575 surowicach. Zgodnie z odczynem Wa wypadł odczyn D. w 93·9%, a wszystkie cztery odczyny dały 90·7% zgodnych wyników, a odczyn Dolda, Sachsa i Wassermanna w 97%. Autor odnosi wrażenie, że odczyn Dolda przewyższa inne odczyny kłaczkowacenia tak jakościowo, jak ilościowo. W porównaniu z odczynem W. odczyn D. zmienia się później w ujemny w czasie leczenia, stąd znaczniejsza ilość odczynów dodatnich Dolda, niż Wassermanna, chociaż nieraz odczyn W. pojawia się jako dodatni przy ujemnym odczynie D. W jednym przypadku zmiany pierwotnej wszystkie odczyny serologiczne wypadły ujemnie prócz odczynu D. Wyników nieswoistych nie zauważył autor prócz jednego tylko wyniku dodatniego w przypadku rozpadającego się raka skórnego. Odczyn Dolda odczytywać należy w świetle dziennem; surowice wykazujące lekkie zmętnienie mogą sprawiać duże trudności przy odczytywaniu. Po 4 godzinnem pozostawieniu odczynu w cieplarce, należy odczytać wyniki po raz pierwszy, poczem pozostawić probówki w cieplarce przez noc i odczytać na drugi dzień po raz wtóry. Zwiększenia się nieswoistych wyników przy tym sposobie odczytywania autor nie zauważył, a ten sposób odczytywania uważa za najlepszy, wyniki bowiem słabo dodatnie — wypaść mogą silniej dodatnio. Również mógł zauważyć, że zwiększenie zgęszczenia roztworu soli wpływa korzystniej na czułość odczynu, nie powodując nieswoistych odczynów, jednak rozcieńczenia 1·5% nie należy przekraczać. Przy tej odmianie odczynu zauważył zwiększenie się ilości dodatnich odczynów (96·1% w stosunku do odczynu W.). Jako najlepsze rozcieńczenie soli uważa 1·35%—1·4%.

F. Walter (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

IV. Posiedzenie naukowe w dniu 16 lutego 1923 r.

Przewodniczy kol. Zieliński. Obecnych 98.

1. Prezes ogłasza **przyjęcie nowych członków** zwyczajnych, Dr. Tytus Zajączkowski, Tadeusz Falkiewicz, Adam Gruca: Adam Unieszowski, Klara Magońska, Ludwika Lechowska, Marja Duszkiewiczowa, Bernard Kalwaryjski, Tadeusz Marciniak, Edgar Zwilling, Emanuel Stapp i nadzwyczajnego dra. Henryka Meisel.

2. Kol. Nowicki z ramienia zarządu zabiera głos w sprawie zamierzonego **zniesienia Ministerstwa Zdrowia** i w dłuższem przemówieniu uzasadnia konieczność, jego utrzymania.

W dyskusji w tej sprawie przemawiali kol. Schellenberg, Zalewski i Pisek. Uchwalono wysłać depeszę do odnośnych władz.

3. Kol. Chania poświęca słowa wspomnienia ś. p. Karolowi Roentgenowi. Obecni przez powstanie uczcili Jego pamięć.

4. Prezes otwiera **dyskusję** nad wygłoszonym odczytem kol. Kogutowej: »**Nasze dotychczasowe wyniki leczenia kiły bizmutem**«.

Leszczyński: Dziś już można powiedzieć o bizmucie, że jest on bardzo dzielnym środkiem przeciwkiłowym. Pozostaje do rozstrzygnięcia kwestja trwałości wyników i lepszego zapoznania się z objawami ubocznemi. Zdaje się mowcy, że i w tym względzie nie pozostanie w tyle za dotychczasowemi, jeżeli nie okaże się lepszym. Podnieść należy stanowisko Bi na tablicy Mendelejewa, o czem mówczyni wspominała, a które uprawnia nas do przypuszczenia, że Bi, będąc równocześnie zbliżonym do Hg i do As, okaże i w działaniu swem zdolność zastępowania równocześnie i w pewnej mierze Hg + As, jak to w kombinowem leczeniu stosujemy. Wreszcie z pojawieniem się Bi jeszcze bardziej aktualną staje się kwestja stosunku wzajemnego naszych 4 leków przeciwkiłowych. Każdy ma swoisty promień działania. Każdy być może ma odrębny punkt zaczepienia komórki ustrojowej. Wszystkim wspólne jest pewne działanie na czynnik chorobotwórczy. Zatem da się pomyśleć atak koncentryczny rozmaitemi środkami na ten sam krętek. Co więcej, w analogji do grupy środków znieczulających, mniejszemi ilościami, mniej trującemi może będzie można, dzięki synergji uzyskać pełny skutek. Wtedy na pełny *ictus therapeuticus* składać się będą wszystkie nasze środki przeciwkiłowe, w pewnej, przewidzieć się dającej, zmiennej proporcji, zastosowanej do potrzeb każdego osobnika.

5. Kol. Sołowij zdaje sprawę z **wyników leczenia przetok moczowych** na oddziale położniczo-ginekologicznym w ostat-

nich 12 latach. Operowano przez pochwę. 63 przetok pęcherzowo-pochwowych, 9 przetok pęcherzowo-szyjkowych, 9 przetok cewkowo-pochwowych i 2 przetoki moczowodowo-pochwowe, razem 83 przypadków. Zapomocą laparotomji operowano 14 przypadków. Wszystkich przetok razem operowano 97. Ponieważ niektóre przypadki wymagały wielokrotnej operacji, więc razem wykonano 151 operacji. 87.2% przypadków operowanych przez pochwę zostało wyleczonych; z przypadków zaś operowanych zapomocą laparotomji uleczono 50%. Prócz przypadków operowanych zgłosiło się 9 chorych nieuleczalnych z powodu bądź olbrzymich rozmiarów przetoki, blizn, cukrówki, poważnej choroby umysłowej, wreszcie 15 chorych zbyt wcześnie po powstaniu przetoki zgłaszających się, które w odpowiednim późniejszym czasie już więcej się nie zgłosiły. Razem zatem zgłosiło się w ostatnich 12 latach 121 chorych na przetokę moczową.

W dyskusji Kol. Barącz zapytuje kolegę Sołowija, czy nie operował trudniejszych przetok pęcherzowo-pochwowych metodą Mac Gilla z Montreal w Kanadzie, podaną przed jakich 30-tu laty. Jestto sposób skombinowany. Cięciem nadłonowem otwiera się pęcherz, rozwiera jego brzegi hakami, odsłania przetokę, odświeża jej brzegi i zaszywa śródpęcherzowo katgutem, bacząc na to, by węzły nie sterczały do błony śluzowej. Następnie zaszywa się pęcherz od strony nadłonowej, drenuje go i zaszywa przetokę od strony pochwy silnym jedwabiem lub silkwormem. Ta metoda ma wyższość przed transperitonealną, gdyż nie naraża chorej na zakażenie otrzewnej i zabezpiecza lepiej przed rozejściem się szwów, niż zwykły sposób operowania przez pochwę. B. wkrótce po ogłoszeniu tej metody przez Mac Gilla operował nią uporczywą przetokę pęcherzowo-pochwową i otrzymał dobry wynik. Mac Gill podał swoją metodę, jako nową, należałoby zatem dokładniej zbadać, kto właściwie jest autorem metody i czy obie metody nie różnią się od siebie. *W. Janusz*, sekretarz.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 20 lutego 1923 r. Przewodniczy prof. A. Gluziński.

1. Przewodniczący wezwał zebranych do uczczenia przez powstanie pamięci zmarłego członka Twa ś. p. Bolesława Ryszarda Gepnera.

Wiceprezes Wł. Starkiewicz odczytał życiorys śp. Bolesława Ryszarda Gepnera.

2. Wiceprezes zakomunikował, że **Komitet Konkursowy** na grodę im. Moczutkowskiego za najlepszą pracę, odczytaną w Warszawskiem T. Lek. w r. 1922. przyznał jednomyślnie prof. Orzechowskiemu za odczyt: »O unerwieniu pozapiramidalnem« wygłoszony na posiedzeniu Twa w dniu 25 kwietnia 1922 roku. Komitet Konkursowy przyznał jednomyślnie nagrodę Dra Med. Władysława Janowskiego za najlepszą pracę odczytaną w Warszawskim T. Lek. w r. 1922 przez lekarza, który nie przekroczył wieku lat 50, Bronisławowi Szerszyńskiemu za pracę wygłoszoną na posiedzeniu Twa w dniu 28 listopada 1922 r. p. t.: »Badania układu sercowo-naczyniowego podczas operacji«.

3. K. Dąbrowski przedstawił: a) chorego z **wysiękiem ropnym opłucnej**, wypuszczanym kilkakrotnie i zastępowanym za każdym razem przez azot; b) chorego chłopca z **rozszerzeniem oskrzeli w okolicy wnęki płuc**.

W dyskusji prof. Gluziński przypomina, że leczenie wypocin ropnych przez wypuszczanie ropy i wprowadzenie azotu opisał prof. Wiczkowski ze Lwowa.

W dyskusji nad odczytami Z. Michalskiego i J. Dąbrowskiej: Mutermilch podkreśla, że prelegent wypowiedział pogląd, że 1-o miażdżyca tętnic jest wywołana przez zakwaszenie ustroju i 2. cholesteryna zobojętnia w ustroju kwaśne produkty przemiany materji i rola jej sprowadza się w pierwszej linji do działania ochronnego przeciw zakwaszaniu ustroju. Koncepcje swoje prelegent oparł głównie na teorji M. Fischera o wpływie kwasów na pęcznienie koloidów. Bez wątpienia badania Fischera wniosły dużo cennego materjału do nauki o koloidach; jednakże poglądy jego na rolę kwaśnych związków w patologji nie są przekonywujące i spotkały się niemal z powszechną surową oceną patologów i klinicystów. M. sądzi, że twierdzenie prelegenta, że w rozmaitych sprawach chorobowych, a między innemi i w miażdżycy tętnic, zachodzi zakwaszenie ustroju, nie jest zgodne z danemi fizjologji i patologji. Minimalne nawet zwiększenie jonów wodorowych we krwi powoduje na skutek podrażnienia ośrodka oddechowego wzmożone wydalanie CO_2, co prowadzi do zmniejszonego napięcia CO_2 we krwi. Same zresztą ciała białkowe, jako związki amfoteryczne, mogą wiązać jony wodorowe itd. Nawet w t. zw. kwasicy (acidosis) w przebiegu moczówki cukrowej, dzięki właśnie omówionym mechanizmom obronnym, nie zachodzi istotne zakwaszenie ustroju: koncentracja jonów wodorowych we krwi nie odchyla się tu od normy. W kwasicy możnaby conajwyżej mówić o szkodliwem działaniu pewnych anionów kwasowych pomimo zobojętnienia ich przez amonjak lub inne zasady, a nie o zakwaszaniu ustroju. Ustrój żywy nie zniósłby zakwaszenia, sprowadziłoby ono śmierć osobnika. Badania nad tkankami również wykazały, że koncentracja jonów H utrzymuje się prawie na niezmiennym poziomie, aczkolwiek odrzucić nie można że nawet minimalne wahania w tę lub drugą stronę koncentracji jonów H mogą odgrywać ważną rolę w fizjologicznych przejawach komórek ustroju. M. nie może się zgodzić, że miażdżycę tętnic wywołuje zakwaszenie ustroju. Możnaby przypuszczać, że w pewnych zaburzeniach przemiany materji ogólnej lub miejscowej powstają w nadmiarze produkty kwaśne, wywierające szkodliwe działanie na tętnice, w każdym razie chodziłoby tu nie o istotne zakwaszenie tkanek, tj. zwiększenie koncentracji jonów H, lecz o działanie anionów kwaśnych. Zdaniem Oswalda Loeba w powstawaniu miażdżycy winne są związki aldehydowe, powstające w przemianie cukrowej (Deut. med. Woch. 1913). Następnie prelegent stawia tezę, że cholesteryna łączy się w ustroju z kwasami oraz że hypercholesterynemję stwierdzać będziemy w stanach zakwaszenia ustroju. Nie jest zgodne z naszemi wiadomościami o cholesterynie, aby mogła ona łatwo w ustroju łączyć się z najrozmaitszemi kwasami; znane nam są połączenia cholesteryny w ustroju z kwasami tłuszczowemi (estry). O innych połączeniach nie wiemy. Zgodnie z założeniem prelegenta należałoby się spodziewać hypercholesterynemji w t. zw. kwasicy; tymczasem z prac Cnauffarda, Aperta i innych wiadomo, że w moczówce cukrowej z kwasicą rzadko występuje hypercholesterynemja. Z drugiej strony znajdujemy jako prawidło zwiększoną ilość cholesteryny we krwi w kamicy żółciowej, również w przypadkach bez niedrożności przewodów żółciowych, a tu chyba nie może być mowy o »zakwaszeniu« ustroju. Prelegent nie przedstawił dowodów, aby np. w miażdżycy tętnic, nie mówiąc już »o zakwaszeniu ustroju«, występowało nieprawidłowe wzmożenie kwaśnych produktów przemiany materji, jak np. dane o ilości wydzielonego z moczem amonjaku, a przedewszystkiem wzmożenie napięcia CO_2 w wydechanem powietrzu. Zdaniem M. rolę zobojętniania kwasów należałoby raczej przypisać estrom chelesterynowym, które łatwiej mogłyby je absorbować i poniekąd unieszkodliwiać, niż sama cholesteryna.

Trudno przypuszczać, według M., aby w surowicy krwi, w której cholesteryna znajduje się w stanie zawiesiny, digitonina mogła tak łatwo i całkowicie dawać połączenie chemiczne i cholesteryną. Wchodzi tu w grę zjawisko adsorbcji, a w takim razie metoda ta dawałaby nam pojęcie nie tylko o wolnej cholesterynie, lecz i o estrach. Znane jest wprawdzie połączenie cholesteryny z digitoniną, lecz związek taki zachodzi w istotnym roztworze tj. wyskoku.

Czesław Otto zaznacza, że obserwacja kliniczna nie zawsze jest w zgodzie z przedstawionemi przez prelegenta faktami. Tak np. w ciąży w I. i II. miesiącu mamy przeważnie b. nieznacznie wzmożoną cholesterynemję (do 2.10‰ zamiast 1.80‰) natomiast w VIII i IX miesiącu ciąży dochodzi ona do 2.45‰ a w wyjątkowych tylko przypadkach spotyka się około 3.40‰ w pozostałym okresie ciąży cholesteryna we krwi nie przekracza fizjologicznych granic. Wychodząc z założenia prelegenta należałoby obserwować w tym okresie wybitną hypercholesterynemję. W chorobach zakaźnych, jak dur, grypa, zapalenie płuc, znajdujemy zawsze z chwilą podniesienia się ciepłoty powyżej normy znaczne obniżenie cholesteryny we krwi, które niekiedy dochodzi cyfr b. małych, do 0.45‰, z chwilą zdrowienia i powrotu ciepłoty do normy zauważyć się daje hypercholesterynemja, która po kilku dniach znowu wraca do normy. W myśl twierdzenia prelegenta należałoby i tutaj spostrzegać zawsze hypercholesterynemję, jako zjawisko czysto obronne dla przeciwdziałania hemolizie krwi, spotykanej bardzo często w chorobach zakaźnych.

Co się tyczy nowej teorji powstawania miażdżycy, to przedewszystkiem nie należy przypisywać włóknom Dürka dominującego znaczenia, w myśl twierdzenia Baracha i innych. albowiem Otto widział zachowane włókna Dürka w miażdżycy naczyń, powstającej pod wpływem wyskoku i odnośne preparaty przedstawił w Tow. Lek. podczas odczytu swego »Wpływ przewlekłego zatrucia wyskokiem na rozwój miażdżycy« (praca doświadczalna). Wtedy też podkreślił on konieczność powtórnej rewizji kwestji włókien Dürka w powstawaniu miażdżycy naczyń. Otto powątpiewa, abyśmy w powstawaniu miażdżycy mieli do czynienia z przekwaszeniem ustroju i powołuje się na swe prace o wpływie nikotyny na rozwój miażdżycy. W pracach tych dowiódł on niezbicie, że nikotyna wywołuje miażdżycę naczyń. Badania alkaliczności krwi u zwierząt nikotynizowanych wykazały jej obniżenie przeciętnie około 80 mlgrm. n $H_2SO_4/20$ i dlatego na każde 100 ccm krwi należałoby zastrzykiwać 80 mlgrm roztworu nikotyny 1 : 1000, gdy tymczasem w rzeczywistości zastrzyknięto królikowi w ciągu 10 miesięcy około 100 mlgrm. To wyliczenie przeczy możliwości kwaśnego zatrucia w spostrzeganych przypadkach, natomiast skłania nas do przyjęcia wpływu nerwowego na budowę drobiny białkowej. Inaczej bowiem fakt obniżenia alkaliczności krwi byłby niezrozumiały. Jeżeli prelegent doświadczalnie na zwierzętach wykaże przy odpowiedniem barwieniu w miażdżycowo zmienionych naczyniach kwaśne ziarnistości, to wtedy dopiero można będzie uznać słuszność jego teorji.

Powiński podkreśla, że prelegent poruszył bardzo zawiłą kwestję patogenezy miażdżycy tętnic. Utrzymuje on, że źródłem miażdżycy są kwaśne produkty przemiany materji, krążące we krwi i płynach ustroju i wywołujące zmiany cho-

robowe we włóknach sprężystych ścian naczyń, a więc stopniowy ich zanik. Z pomocą, w roli samoobrony ustroju, ma przychodzić cholesteryna, łącząc się z temi kwaśnemi produktami koloidów włókien elastycznych i zapobiegać tym sposobem dalszemu ich zanikowi. Sprzyjać zaś tej sprawie ratunkowej ma wzmożona czynność substancji korowej nadnerczy wskutek oddziaływania na nią tych kwaśnych produktów przez dostarczanie ustrojowi większej, niż zwykle, ilości cholesteryny. Co się tyczy samej patogenezy miażdżycy, to zapatrywania Michalskiego nie różnią się w zasadzie od zapatrywań powszechnie przyjętych przez autorów francuskich, zwłaszcza Hucharda o t. zw. patogenezie toksycznej. Prelegent sądzi jednak, że produkty te wywołują zmiany bezpośrednio we włóknach elastycznych ścian naczyń, bez udziału wzmożonego ciśnienia tętniczego. Większość zaś klinicystów, jak również i mówca, utrzymuje, że właśnie to zwiększone ciśnienie tętnicze powstaje drogą pobudzenia układu naczynio-ruchowego produktami nieprawidłowej przemiany materji komórek, jest źródłem upośledzenia czynności włókien sprężystych i mięsnych w tętnicach. Za tem przemawia wczesne występowanie wzmożonego ciśnienia przed wyraźnemi zmianami w naczyniach w okresie t. zw. presklerozy i to w przeważnej liczbie przypadków, na materjale w 75% sklerozy. Powtóre nie ulega wątpliwości, że wzmożone ciśnienie w naczyniach krwionośnych jest wogóle najważniejszym czynnikiem w powstawaniu sklerozy np. w przypadkach, w których nie może być mowy o wpływach toksycznych, a tylko wprost mechanicznych, jak miażdżyca tętnicy płucnej przy zwężeniu ujścia żylnego lewego. Do pewnego stopnia przemawiają za tym sposobem powstawania miażdżycy i doświadczenia nad wpływem środków wzmagających ciśnienie boczne naczyniowe u zwierząt (adrenalina, naparstnica, strofant i t. p.) Trudno zaprzeczyć, aby nie zdarzały się przypadki miażdżycy o prawidłowem lub nawet niskiem ciśnieniu (w 25%). Dotyczy to głównie miażdżycy tętnic wieńcowych, a głównie miażdżycy, powstającej na podłożu zakaźnem — septycznem. Co się zaś tyczy cholesteryny; lub jej związków — estrów cholesterynowych, to obfitość jej w tkankach ustroju, zwłaszcza w tkance nerwowej mózgu, w śledzionie, wątrobie, w ciałku żółtem jajników, w ciałkach czerwonych, białych w surowicy krwi, jak również w pokarmach, zwłaszcza roślinnych, pozwala przypuszczać, że cholesteryna posiada ważne znaczenie w różnych sprawach fizjologicznych i patologicznych ustroju ludzkiego. Znaczenie jej dotychczas nie jest jednak ściśle określone pomimo wielu badań. Co zaś do twierdzenia, że cholesteryna odgrywa w miażdżycy rolę środka samoobrony ustroju, to P. sądzi, że jest to jeszcze hipoteza, która wymaga dalszych dociekań tak ze strony klinicznej, jak też anatomo patologicznej.

G e b e l analizuje możliwość zakwaszenia tkanek w ustroju. Mocz ekstrachowany eterem wykazuje normalnie kwasów 20 razy więcej, niż kwasu moczowego, nie można jednak mówić o zakwaszeniu tkanek. Przy spalaniu wyskoku w ustroju występuje kwas octowy. U nałogowych alkoholików krzywa spalania wyskoku spada stromo, u zwykłych osobników przez czas dłuższy. Schmitman dawał zwierzętom proszek z roztartej wątroby, żółtko jaja kurzego i znajdował u zwierząt zmiany w naczyniach podobne do sklerotycznych. Autor ten nie przypisuje jednak cholesterynie roli obronnej. W chorobie Addisona stwierdzono wzmożoną ilość cholesteryny we krwi. Rotschild po usunięciu nadnerczy stwierdzał wzmożoną ilość cholesteryny we krwi. Krew żylna zawiera więcej cholesteryny we krwi niż tętnicza. Krew z prawego serca również wykazuje większą ilość cholesteryny, niż z lewego, co dowodzi, że znaczna ilość cholesteryny spala się w płucach.

Prof. H o r n o w s k i nie zgadza się z M u t e r m i l c h e m, jakoby przypuszczenie Fischera nie miało zastosowania w patologji. Wprost przeciwnie można niem objaśnić szereg faktów jak:

1) Przerost kory nadnercza ze starości i przy głodzeniu, gdy inne narządy zanikają (wytwarzanie związków cholesterynowych dla zobojętnienia kwasów).

2) Nie występowanie obrzęków istoty mózgowej (znaczna ilość cholesteryny, która zobojętnia kwasy).

3) Częsta obecność lipoidów w złogach przy skazie moczanowej.

4) Zjawianie się cholesteryny w ogniskach martwicy (zawały, martwica Balsera).

5) Zjawianie się lipoidów skrobiawicy (zobojętnienie kwasu chondroitynosiarkowego).

6) Zjawianie się lipoidów w śródbłonkach naczyń w niedokrwistościach (zmniejszenie alkaliczności — błony wewnętrznej, która już w normie głoduje tlenowo wskutek braku naczyń).

Odnośnie do miażdżycy przypuszczenie Michalskiego i Dąbrowskiej znajduje piękne potwierdzenie w badaniach Schultza (Virchows Archiv 1922) nad stałą obecnością kwasu chondroitynosiarkowego w tętnicach, którego ilość powiększa się w miażdżycy i który jest istotą macierzystą dla włókien sprężystych (chromotropja tkanek). Przeciwdowody Mutermilcha i Otta jedynie potwierdzają przypuszczenie Michalskiego, hypocholesterynemja jest spra ą naturalną i zrozumiałą w przebiegu chorób zakaźnych, hypercholesterynemja zaś w spadku ciepłoty. Przeciwdowód Mutermilcha o hypercholesterynemji w jednych przypadkach moczówki cukrowej, a hypocholesterynemji w innych również tylko potwierdzić może założenia prelegentów, wszak bywają różne postacie moczówki cukrowej co do przebiegu — lżejsze, gdy ustrój wytwarza dostateczną ilość cholesteryny dla zobojętnienia kwasów (xantoma tuberosum multiplex diabeticorum) i cięższe, gdy ilość ta jest niedostateczna (retinitis, zaćma, objawy zatrucia i śpiączka). Również zrozumiałą jest rzeczą różna ilość cholesterynatów we krwi w różnych okresach ciąży, zależnie od potrzeb ustroju matki i płodu, oraz pracy fabryk tych związków (nadnercza i ciałka żółtego) — w ustroju nie może być nigdy tak, jak twierdzi Otto, iż, jeżeli jest hypercholesterynemja, to powinna być przez cały czas danego stanu chorobowego. Również nie twierdził mówca, iż w przypadkach Otta włókna Dürcka w tętnicach nie były zmienione, o czem nie można było wnioskować z preparatów, które nie były barwione w sposób swoisty.

Geblowi prof. H. odpowiada, iż choroba Addisona nie jest schorzeniem kory, lecz istoty rdzennej nadnerczy, nie może zaś uwierzyć w życie długie i dokładne badanie psów, którym jakoby były wycięte obadwa nadnercza. Na zakończenie mówca omawia rozwój miażdżycy, opierając się na badaniach Thoma'y i jego szkoły, jak również na badaniach własnych, Dąbrowskiej i innych.

W odpowiedzi M i c h a l s k i wyjaśnia, jakie stanowisko zajął Fischer w badaniach nad obrzękami i zapaleniem nerek. Ustrój, walcząc z zakwaszeniem, nie może szafować amonjakiem i nie może przejść pewnej normy, chroni się więc zapomocą cholesteryny. *W. Kowalski*, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 7. marca 1923.

1. Kol. P u t e r m a n pokazuje przypadek **histerji u 15-letniej dziewczyny.**

2. Kol. L i p s k i pokazuje kobietę, u której dokonał **operacji sztucznej pochwy** z odbytnicy i nowego odbytu. Kobieta z wrodzonym zanikiem pochwy, niedorozwojem macicy i przydatków. Zamężna, spółkowanie do cewki. Po operacji chora czuje się dobrze, wynik operacji zupełnie dobry.

3. Kol. S u c h o d o l s k i pokazuje preparaty makroskopowe: a) **macicę**, usuniętą z powodu **dużego włókniaka**; na macicy widoczna blizna po cięciu cesarskiem, dokonanem poprzednio; b) **torbiel jajnika, wagi 11 funtów; c)** usunięty **dużego szyji macicy**, w 8 godzin po porodzie, robiący wrażenie dużego polipa, — badanie wykryło w guzie utkanie **raka płasko-komórkowego.**

4. Kol. B u t k i e w i c z pokazuje chorego po ropnem **zapaleniu zatoki czołowej.**

5. Kol. I n g s t e r pokazuje przypadek **jamistości rdzenia** z zupełnem znieczuleniem.

6. Kol. B l a s s b e r g (z Krakowa) wygłosił odczyt: **O nowoczesnych zmianach poglądów na cukrzycę i jej leczenie.** (Rzecz ogłoszona w N. 17—18 1923. P. Gaz. lek.).

7. Kol. W i t k o w s k i mówi o zamiarze **zniesienia Ministerstwa Zdrowia Publicznego.** Na wniosek sprawozdawcy zebranie postanawia wysłać do Władz państwowych protest przeciwko zamierzonemu zniesieniu. *Dr. B. Budzyński*, sekretarz.

V. Zjazd Towarzystwa Internistów polskich w Wilnie.

Komitet gospodarczy Wil. F. T. I. P., dopełniając komunikat o Zjeździe w Wilnie, ogłoszony już poprzednio w N. 13 (1. IV.) »Polskiej Gazety Lekarskiej«, podaje do wiadomości Kolegów dalszy ciąg zgłoszonych wykładów:

1. Dr. Stefan R u d z k i (Warszawa). »Skaza krwotoczna a gruźlica«. — 2. Dr. S. S t e r l i n g (Łódź). »Określenie szybkości opadania krwinek czerwonych, jako odręczne badanie kliniczne«. — Wykład »Phrenicotomia w praktyce leczenia suchot płucnych«, został przez mówcę odwołany). - 3. Dr. J. S z u m o w i c z - D z w o n k o w s k a: »O wyrównaniu wad serca«. — Badania doświadczalne, przeprowadzone w zakładzie patologji ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego. (Dyrektor: prof. Dr. K. Klecki). — 4. Dr. O. K r u k o w s k i (Lwów). a) »o odczynie skórnym w tyfusie plamistym pod wpływem preparatów X_{19}«. — b) »O własnościach zlepiających surowic ludzi, chorych na tyfus plamisty«. — 5. Doc. Dr. S. B r o n o w s k i (Warszawa). a) »Krótki zarys projektu zmiany dotychczasowej nomenklatury chorób wewnętrznych«. b) »Współczesne ukształtowanie się pojęcia o istocie stanów chorobowych«. — 6. Dr. B i e r n a c k i (Kraków). a) »O lymphosarcomatosis. b) »Skrobiawica mięśnia sercowego«. c) »O skurczu przełyku«. — 7. Dr. J a s i e ń s k i (Kraków-Krynica). »O wskazaniach dla leczenia w Krynicy«. — 8. Prof. Dr. L a t k o w s k i (Kraków). a) »O roli wapnia w ustroju (na podstawie własnych badań). b) »Icterus haemolyticus«. c) »O działaniu optochiny«. — 9. Prof. Dr. L a t k o w s k i i Dr. S i e d l e c k i (Kraków). »Splenomegalia Gaucher'a«. — 10. Prof. Dr. W. O r ł o w s k i (Kraków). a) Metodologiczne badania nad cholesterynemją. b) Cholesterynemja w stanach prawidłowych i chorobowych ustroju. (Na podstawie własnych badań). — 11. Dr. S i e d l e c k i (Kraków). »Endocarditis lenta«. — 12. Dr. T e m p k a (Kraków). »Chlorek wapnia

jako środek nasercowy« (Badania kliniczno-doświadczalne). — 13. Dr. Wierzuchowski (Kraków): a) Poszukiwanie gruźliczego antygenu w moczu metodą Wildbolza (badania własne). b) Śródżylne stosowanie peptonu w dychawicy oskrzelowej.

II. Klinika wewnętrzna Uniwersytetu Warszawskiego nadesłała tematy następujących wykładów: 14. Dr. M. Landsberg: »Badania nad mechanicznem powstawania obrzęków«. — 15. Dr. Z. Michalski: a) »Powstawanie miażdżycy naczyń i związek jej z hypercholesterynemją«. b) »O tuberkulinoterapji wśródskórnej«. — 16. Dr. T. Milewski: »O aglutynacji krwinek ludzkich w związku ze skazą krwotoczną«. — 17. Dr. J. Misiewiczówna: »Wartość odczynu Botellho w serodjagnostyce raka«. — 18. Doc. Dr. M. Semerau-Siemianowski, adjunkt: »Rozpoznawcze znaczenie elektrokardiografji w schorzeniach serca«. — 19. Doc. Dr. M. Semerau-Siemianowski i Dr. T. Milewski: »W sprawie czynnościowego badania układu krwiotwórczego«. — 20. Doc. Dr. M. Semerau-Siemianowski, Dr. J. Misiewiczówna i Dr. Pułjanowski, adjunkt U. W., kierownik zakładu roentgenologicznego: »Badania nad wpływem naświetlania śledziony na krzepliwość krwi«. — 21. Dr. A. Stefanowski: »Schorzenia jelit u ludzi, wywołane przez pierwotniaki«.

Ostatnim terminem zgłaszania wykładów jest 1 czerwca. Ponieważ mówców obowiązuje przedstawienie streszczenia projektowanych wykładów, Koledzy, którzy dotychczas takiego streszczenia nie podali, zechcą uprzejmie nadesłać je w możliwie prędkim czasie pod adresem sekretarza.

Komitet przypomina, że zgodnie ze Statutem T. I. P., wykład luźny trwać może do 20 minut. Komitet prosi Kolegów o jak najprędsze zgłaszanie swego udziału w Zjeździe. Z tem jest związana przedwstępna praca komitetu, sprawa mieszkań i ulg na kolejach, co do których komitet czyni zabiegi. Komitet gospodarczy, będąc zawczasu w posiadaniu zgłoszeń na Zjazd, prześle uczestnikom odpowiednie karty zjazdowe, uprawniające do wzięcia udziału w Zjeździe, jak również do korzystania z przewidywanych zniżek na kolei.

Stosownie do uchwały Zarządu Głównego komitet Wil. F. T. I. P. zawiadamia, że wkładka na Zjazd wynosić będzie 30.000 Mkp. z ewentualnem prawem podwyższenia tej sumy, o ileby waluta spadała. Komitet prosi o możliwie wczesne nadsyłanie wyżej wymienionej wkładki pod adresem skarbnika Wil. F. T. I. P. Dra W. Bądzyńskiego, Wilno, Mostowa 8.

Karty zjazdowe zostaną przesłane Kolegom po otrzymaniu przez Komitet zgłoszeń, które należy skierowywać pod adresem sekretarza komitetu Wil. F. T. I. P. Dra M. Świdy (Wileńska 29). Prof. Dr. *A. Januszkiewicz*, przew. Dr. *M. Świda*, sekr.

W sprawie Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Rozpatrując sprawę projektowanego Zjazdu lekarzy prowincjonalnych Państwa polskiego doszło Towarzystwo lekarskie w Łodzi na posiedzeniu w d. 7. marca b. r. do wniosku (ogłoszonego w »Polsk. Gazecie lek.« N. 16, str. 291 b. r.), że Zjazdy oddzielne lekarzy prowincjonalnych utraciły rację swej odrębności, a nadszedł czas pomyślenia o zwołaniu powszechnego Zjazdu lekarzy polskich. Zarazem wystosowało Towarzystwo lekarskie Łódzkie publiczne zapytanie do Komitetu Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, czy zamierza on nawiązać przerwaną przez wojnę ciągłość tych Zjazdów; w przeciwnym zaś razie podniosło myśl zwołania przedstawicieli Towarzystw lekarskich celem zawiązania nowej organizacji ogólnych Zjazdów lekarskich polskich.

Przyczyny, dla której dotąd nie było słychać o przygotowaniach do pierwszego w wolnej Polsce (a XII wogóle) powszechnego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, leżą niewątpliwie w tem, że początkowy okres budowy Państwa nie sprzyjał pracy naukowej i wynik Zjazdu byłby wówczas zbyt skromny. Zjazdy specjalne w roku ubiegłym i bieżącym dowodzą jednak, że weszliśmy już w okres normalniejszy i że istotnie przychodzi czas na Zjazd ogólny. Pewną techniczną trudność stanowi pomieszczenie uczestników; 200 do 300 (i to już z miejscowymi) gromadzą Zjazdy specjalne, natomiast ogólne gromadziły po 1100 do 1300, a dla takiej liczby w obecnych stosunkach dostarczyć mieszkań nie łatwo. Ale nie jest to trudność niepokonalna.

Nowej organizacji dla urządzenia ogólnego Zjazdu nie potrzeba, skoro od r. 1900 istnieje umyślnie, właśnie dla utrzymania ciągłości Zjazdów lekarzy i przyr. pol., utworzony Komitet pod nazwą »Stałej Delegacji Zjazdów«, która napewno zajmie się niezwłocznie zwołaniem Zjazdu, skoro już odezwały się głosy, dowodzące jego potrzeby i wykonalności.

Ostatni, XI z rzędu, Zjazd, odbyty w Krakowie w r. 1911, wybrał »Stałą Delegację« na bieżącą kadencję w następującym składzie: prezes prof. dr. A. Gluziński, wiceprezes prof. dr. St. Ciechanowski, sekretarz doc. dr. T. Janiszewski, członkowie: Prof. dr. Alfred Sokołowski z Warszawy, prof. dr. St. Tołłoczko ze Lwowa, prof. dr. H. Święcicki z Poznania; zastępcy członków: Prof. Sieradzki i prof. Twardowski (Lwów), prof. Kryński i prof. Tur (Warszawa), dr. Łazarewicz (Poznań). Czynności skarbnika po pierwotnie wybranym ś. p. prof. Dobrowolskim objął prof. dr. Maziarski. Wybór miejsca następnego Zjazdu pozostawił XI Zjazd Delegacji stałej, której zadaniem będzie w obranej miejscowości zaprosić prezydjum Komitetu gospodarczego, oddając zaproszonym w ręce całą dalszą organizację Zjazdu. *Redakcja.*

Sprawy zawodowe.

Wydział Izby lekarskiej zawiadamia Kolegów dentystów, że dzięki interwencjom pisemnym tudzież osobistym w Ministerstwie Skarbu udało się uzyskać cofnięcie skierowanych przeciwko praktykującym dentystom zarządzeń, polegających na mylnej interpretacji ustawy o opłacie od przedmiotów zbytku z dnia 16 lipca 1920 i rozciąganiu postanowień tej ustawy na dostawki zębowe, wykonane z metali szlachetnych.

Ministerstwo Skarbu zarządziło reskryptem z 10. III. 1923 L. 1079/D. P. i O. Gr. 11. L. 2. wstrzymanie represyj przeciwko lekarzom wykonującym dentystykę aż do dalszego zarządzenia, co Izba Skarbowa Lwowska podała do wiadomości podległym sobie Urzędom okólnikiem z 15. III. 1923. L. 30. 254.

Izba lekarska we Lwowie. Przewodniczący *Dr. Papée* m. p.

Od Administracji.

Z powodu niepodwyższenia kosztów wydawnictwa w stopniu przewidywanym obniżymy opłatę za pismo na najbliższy kwartał dla towarzystw na razie na 52, dla nie członków na 60 tysięcy Mkp. Prawdopodobne jest obniżenie dalsze także na kwartał następny. Od 1. X. b. r. będzie prawdopodobnie powiększona objętość samego tekstu o dalsze pół arkusza.

Uprasza się usilnie o wyrównanie opłaty zaległej.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Jako delegat Uniwersytetu Jagiellońskiego wyjeżdża na uroczystości Pasteurowskie do Paryża prof. dr. Karol Klecki.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie. XVIII. posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 1 czerwca b. r. według następującego porządku: a) pokazy b) kol. Progulski: »O roli i wartości pokarmów zagęszczonych w odżywianiu niemowląt« (wykład). *I. Zieliński*, prezes. *W. Janusz*, sekr.

Warszawa.

Stowarzyszenie lekarzy polskich obchodziło 15-lecie swej pracy i z tego powodu na swem Walnem Zgromadzeniu w d. 28. IV. br. mianowało szereg członków honorowych.

W II. Klinice Wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego została ukończona instalacja elektrokardjograficzna. Koledzy z poza Klinik U. W., chcący korzystać dla swych pacjentów z elektrokardjografu II. Kliniki, mogą ich kierować dla dokonywania zdjęć do II Kliniki Wewnętrznej U. W. (Szpital Ś-go Ducha, Elektoralna 12) w środy i soboty w godzinach od 11 do 13.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie. Porządek dzienny posiedzenia klinicznego Towarzystwa lekarskiego we wtorek dn. 29 maja o godz. $7\frac{1}{2}$ wiecz. 1) Semerau: Pokaz krzywych elektrokardjograficznych. — 2) Rohtfeld (Lwów) i prof. Hornowski: Dalsze badania nad wpływem zastrzykiwania płynu mózgowo-rdzeniowego w przypadku stwardnienia wieloogniskowego, jamistości rdzenia i stwardnienia zanikowego sznurów bocznych. — 3) prof. H. Wilga: Rany postrzałowe szczęki i ich leczenie.

Posiedzenie kliniczne we wtorek dn. 5 czerwca. 1. A. Zurakowski: O filtrach piaskowych. — 2) Z. Michalski i L. Sobieszczański: Badania nad znaczeniem odczynu Pirqueta.

»Medycyna doświadczalna i społeczna« ma wychodzić w Warszawie w miejsce Przeglądu epidemjologicznego, wydawanego dotąd przez Państwowy Zakład epidemjologiczny. Nowe pismo prócz epidemjologji, bakterjologji i higjeny, ma objąć całokształt medycyny doświadczalnej, ma być poświęcone oryginalnym pracom m. i. także z dziedziny fizjologji, patologji ogólnej i nauk pokrewnych. W skład komitetu redakcyjnego weszli: W. Chodźko, Minister Zdrowia publicznego, L. Hirszfeld, Dyr. Państw. Zakładu Badania Surowic, Prof. J. Hornowski, Prof. J. Modrakowski, Prof. R. Nitsch, L. Rajchman, Dyr. Państw. Zakł. Epidemjol. i Dyr. lekarski Ligi Narodów, S. Sierakowski, Wicedyr. Państw. Zakł. Epidemjol, Prof. J. Sosnowski, Prof. Z. Szymanowski, C. Wroczyński, Kierownik Państw. Szkoły Higjeny. Adres Redakcji i Administracji: Państwowy Zakład Epidemjologiczny, Chocimska 2 B.

Sprostowanie: W N. 20. str. 351, notka 2. zamiast: mięśniowej ma być: mocznicowej.

Zmarli.

Dr. Wincenty Witaliński, prymarjusz szpitala św. Łazarza w Krakowie zmarł dn. 11. V. w 54 roku życia.